

Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS
MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN
65 DE LOS CENTROS POBLADOS DE ANDABAMBA,
ROSAVERO Y PITUMAMA - HUÁNUCO 2017.

Para Optar el Título Profesional de :

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TESISTA:

Bach. GARAY ILLATOPA, Liliana Silvia

ASESOR:

Lic. Enf. CAVALIE PEDRAZA, Carolina

Huánuco – Perú

2018



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 3:00 horas del día 7 del mes de junio del año dos mil dieciocho, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------|
| • Mg. Edith Cristina Jara Claudio | Presidenta |
| • Mg. Celia Dorila Salazar de Martel | Secretaria |
| • Lic. Enf. Diana Karina Palma Lozano | Vocal |

Nombrados mediante Resolución N°797-2018-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado: "PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DE LOS CENTROS POBLADOS DE ANDABAMBA, ROSAVERO Y PITUMAMA – HUÁNUCO 2017", presentada por la Bachiller en Enfermería Srta. Liliana Silvia GARAY ILLATOPA, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a)..... aprobado por..... unanimidad con el calificativo cuantitativo de..... quince y cualitativo de..... bueno

Siendo las..... 4:15 horas del día 07 del mes de junio del año 2018, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

SECRETARIA

VOCAL

DEDICATORIA

A mi Dios todopoderoso por haberme dotado de fortaleza y valor para concluir satisfactoriamente mis estudios de licenciatura en enfermería y logrado una meta más en mi vida personal y profesional a pesar de todos los obstáculos encontrados.

A mis padres, por darme la vida, por su amor y apoyo, por ser mi fuerza y templanza, por estar conmigo en todo momento por darme una carrera para mi futuro y haber confiado en mí.

A todos mis compañeros de enfermería, deseando que nos sigamos preparando para consolidar a nuestra profesión como una disciplina científica de servicio a favor de la salud de las personas, a las que ofrecemos nuestros cuidados.

AGRADECIMIENTOS

Con profundo sentimiento de gratitud:
A Dios a quien llevo presente en todo momento
encontré una familia.

A mi familia, por todo el apoyo brindado a lo largo
del estudio.

Reconozco los esfuerzos de la Escuela de Enfermería
ra brindarnos la oportunidad de formarnos a nivel de
pregrado en la Universidad de Huánuco y a sus
docentes
por forjarnos en nuestra superación profesional día a
día
y brindarnos conocimientos.

Finalmente, a tantas personas que siempre me
demostraron
su apoyo y cariño, muchas gracias, sin ustedes no
hubiera
sido posible esta meta.

La autora

ÍNDICE DEL CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE DEL CONTENIDO	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
ABSTRACT.....	x
CAPÍTULO I	1
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Descripción del problema	1
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos de la investigación.....	5
1.4. Justificación e importancia	6
CAPÍTULO II.....	9
2. MARCO TEORICO	9
2.1. Antecedentes de la investigación	9
2.2. Bases teóricas.....	17
2.3. Definiciones conceptuales	18
2.4. Hipótesis.....	28
2.5. Variables	28
2.6. Operacionalizacion de variables	29
CAPÍTULO III.....	33
3. METODOLOGÍA	33
3.1. Tipo de estudio	33
3.2. Población.....	34
3.3. Muestra y muestreo	34
3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	35
CAPÍTULO IV	40
4. RESULTADOS	40
4.1. Resultados descriptivos.....	40
4.2. Comprobación de hipótesis	70
CAPÍTULO V	75
5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	75

CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características demográficas de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	40
Tabla 2. Promedio de edad de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	41
Tabla 3. Características sociales de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	43
Tabla 4. Características familiares de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	45
Tabla 5. Características del estado de salud de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	47
Tabla 6. Dimensión cuidado de los ojos como aspecto biológico del autocuidado según percepción de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	48
Tabla 7. Dimensión cuidado de los oídos como aspecto biológico del autocuidado según percepción de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	50
Tabla 8. Dimensión cuidado de la piel como aspecto biológico del autocuidado según percepción de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	52
Tabla 9. Dimensión cuidado de la boca como aspecto biológico del autocuidado según percepción de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	54
Tabla 10. Dimensión cuidado nutricional como aspecto biológico del autocuidado según percepción de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	56
Tabla 11. Dimensión cuidado del sueño como aspecto biológico del autocuidado según percepción de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	58
Tabla 12. Dimensión cuidado de la memoria como aspecto biológico del autocuidado según percepción de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	59
Tabla 13. Dimensión cuidado de la eliminación como aspecto biológico del autocuidado según percepción de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	61
Tabla 14. Aspecto psicosocial según percepción de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	63
Tabla 15. Aspecto familiar según percepción de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	65
Tabla 17. Nivel de autocuidado según percepción de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	69

Tabla 18. Prácticas de autocuidado según grupo de edad de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	70
Tabla 19. Prácticas de autocuidado según género de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	71
Tabla 20. Prácticas de autocuidado según la tenencia de conyugue de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	72
Tabla 21. Prácticas de autocuidado según la tenencia de algún grado de instrucción de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017.....	73
Tabla 22. Prácticas de autocuidado según la tenencia de ocupación de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	74

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representación gráfica de la edad en años de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	41
Figura 2. Representación gráfica del género de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	42
Figura 3. Representación gráfica de la práctica de autocuidado según sus dimensiones, percibida por las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	67
Figura 4. Representación gráfica de las prácticas autocuidado según percepción de las personas adultas mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017	69

RESUMEN

Objetivo. Describir las prácticas de autocuidado de los adultos mayores beneficiarios del Programa Pensión 65 de los Centros Poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama, Huánuco 2017.

Métodos. El estudio fue observacional, transversal, prospectivo, descriptivo comparativo; la población muestral fueron 120 adultos mayores empadronados en el programa Pensión 65, seleccionados de forma no probabilística. Se aplicó una guía de entrevista sociodemográfica y una escala del autocuidado de Leiton, este último fue validado y fiabilizado. La comprobación de hipótesis fue mediante la prueba Chi cuadrada de independencia, para un $p \leq 0,05$. Se consideró los principios bioéticos de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia; todo ello fue plasmado en el consentimiento informado.

Resultados. El nivel de autocuidado según percepción de las personas adultas mayores en estudio, se evidencia prácticas buenas de autocuidado [48,3% (58)]. Al contrastar las variables en estudio se halló relación entre las prácticas de autocuidado con el grupo de edad [$X^2=7,3$; $p = 0,02$]; por lo que se aceptó la hipótesis de investigación. No se halló relación entre las prácticas de autocuidado con el género [$X^2=0,8$; $p = 0,6$], la tenencia de algún grado de instrucción de las personas adultas mayores [$X^2=2,9$; $p = 0,2$] tenencia de conyugue [$X^2=3,7$; $p = 0,15$] y la tenencia de ocupación [$X^2=0,7$; $p = 0,6$]; por lo que, se aceptó las hipótesis nula.

Conclusiones. Las prácticas de autocuidado guardan relación con la edad, de la persona adulta mayor, por lo que se sugiere considerar estas variables para focalizar el cuidado integral del adulto mayor.

Palabras claves: autocuidado, personas adultas mayores, programas sociales, cuidado de enfermería, enfermería geriátrica.

ABSTRACT

Objective. Describe the practices of self-care in the elderly beneficiaries of the pension program 65, Huánuco in 2016.

Methods The study was observational, cross-sectional, prospective, comparative descriptive; The sample population was 120 senior citizens registered in the Pension 65 program, selected in a non-probabilistic manner. A socio-demographic interview guide and a Leiton self-care scale were applied, the latter was validated and trusted. The hypothesis testing was through the Chi square test of indence, for a $p \leq 0.05$. The bioethical principles of non-maleficence, beneficence, autonomy and justice were considered; all this was reflected in the informed consent.

Results The level of self-care according to the perception of the older adults under study shows good self-care practices [48.3% (58)]. When comparing the variables under study, a relationship was found between self-care practices with the age group [$X^2 = 7.3$; $p = 0.02$]; so the research hypothesis was accepted. No relationship was found between self-care practices with gender [$X^2 = 0.8$; $p = 0.6$], the possession of some degree of instruction of older adults [$X^2 = 2.9$; $p = 0.2$] spouse tenure [$X^2 = 3.7$; $p = 0.15$] and occupation tenure [$X^2 = 0.7$; $p = 0.6$]; Therefore, the null hypothesis was accepted.

Conclusions The practices of self-care are related to the age of the older adult, so it is suggested to consider these variables to focus on the comprehensive care of the elderly.

Key words: self care, older adults, social programs, nursing care, geriatric nursing.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es parte del continuo del hombre en el ciclo vital; sus efectos varían de un individuo a otro, puede desarrollarse en forma paulatina y en un momento determinado mostrar solo algunas características. Los adultos mayores no solo deben enfrentarse a los cambios físicos e intelectuales propios de su ciclo evolutivo, sino que también al cambio en su estilo de vida, de roles y de responsabilidades sociales.

En este mismo contexto, el autocuidado de las personas adultos Mayores (PAMs), involucra el cuidar nuestra salud con responsabilidad, practicando estilos de vida saludables para mantenerse sanos y activos, y hacer más difícil la aparición de una enfermedad o discapacidad.

En tal sentido, surge la motivación para ejecutar el presente estudio, el mismo que fue estructurado en 5 capítulos. En el primer capítulo se aborda el problema de investigación el mismo que contiene la descripción del problema, formulación del problema, objetivo, tanto general como específicos, la justificación de la investigación de manera teórica, práctica y metodológica, limitación y la viabilidad de la investigación.

En el segundo capítulo se muestra el marco teórico el mismo que contiene la descripción detallada de los antecedentes de investigación tanto internacionales, nacionales como locales, bases teóricas, bases conceptuales, y definición de términos operacionales, hipótesis, identificación de variables y la operacionalización de variables.

En el tercer capítulo se aborda al marco metodológico el cual está compuesto de las siguientes partes: diseño de estudio, población, muestra y muestreo, técnicas e instrumentos, procedimientos de recolección de datos, elaboración de datos, análisis e interpretación de datos, y consideraciones éticas.

En el cuarto capítulo se exhibe al análisis de resultados el mismo que contiene los resultados descriptivos e inferenciales. En el quinto capítulo se muestra a la discusión de los resultados significativos.

Finalmente, se muestran las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

La autora

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

El envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Si bien algunos septuagenarios disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable¹.

Al respecto Aliaga, Cuba, Mar² señalan que el estado de salud del adulto mayor depende de muchos factores como el físico, cognoscitivo y sociofamiliar; por otro lado, tienen características como la heterogeneidad, la gran carga de enfermedad, la pluripatología, entre otras, que repercuten no solo en el ámbito familiar sino social convirtiendo a esta población en un grupo especialmente vulnerable.

Según Garcilazo³ las deficientes prácticas de autocuidado producen el incremento de comorbilidades que conllevan a la discapacidad del adulto mayor y posteriormente a la dependencia. Ya que a esta edad se presentan cambios biopsicosociales en el individuo los cuales conducen al deterioro funcional y pérdida de la iniciativa lo que genera vulnerabilidad y por ende disminución del bienestar.⁴ Afectando su estilo de vida por el incremento de agentes que acompañan esta etapa, como son el contexto, la familia, los factores económicos, los cambios culturales y políticos y todas aquellas acciones que directa o indirectamente aluden a la salud percibida.⁵

Por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir hasta más allá de los 60 años. Esto tiene profundas consecuencias para la salud y para los sistemas de salud, su personal y su presupuesto⁶.

Entre los años 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.⁷

Según el diario Correo de Huánuco, informo datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el área urbana de Huánuco el 34,4% de hogares tienen un adulto mayor y el 40,6% de viviendas de la zona rural tiene entre sus ocupantes una persona que pasa los 60 años. Asimismo, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) revela que solo el 18% de los hogares huanuqueños que tienen un adulto mayor se beneficia de algún programa, como el Vaso de Leche o Pensión 65.⁸

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁹ en el 2015 indica que este cambio demográfico traerá como consecuencias para la salud pública, la aparición de enfermedades crónicas, como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, diabetes, hipertensión, enfermedades respiratorias cáncer y otros. Así mismo teniendo en cuenta que los servicios especializados en geriatría y gerontología, sólo existen en las grandes ciudades del país y no tienen la capacidad de abastecimiento para atender estos requerimientos que plantea el proceso de envejecimiento.¹⁰

Respecto a la magnitud del problema que se viene abordando la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud¹¹ citado por Del Águila en el 2012 indicó que en promedio más del 75% de las personas adultas mayores de las Américas no realizan una actividad física en forma regular, nos muestra que 1 de cada 4 hombres mayores fuman, la mayoría de las personas mayores no conservan su peso ideal, ya que son obesas o tiene bajo peso, lo cual los hace más vulnerables a las enfermedades constituyendo un factor de riesgo de muerte y pérdida funcional.

Por su parte el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables refirió que la prevalencia de enfermedades en las Personas Adultas Mayores se manifiesta en un 74.4%. Las enfermedades crónicas (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, o diabetes, entre otras) han aumentado significativamente en los adultos mayores de sexo femenino. En el año 2011, el 71,4% de adultos mayores varones observa alguna enfermedad crónica,

el 82,1% de mujeres también, estos indicadores aluden la responsabilidad individual. El 21,4% de los hogares peruanos con al menos un adulto mayor presentó déficit calórico, esto se debe a hábitos alimenticios y nutricionales poco saludables, lo cual afecta en mayor medida a los adultos mayores que viven en situación de pobreza.¹²

En Ecuador Alvear¹³ en el 2014 manifestó los resultados de su investigación donde muestra que independiente del estado civil, instrucción y en menor medida del género, existe un significativo y potencial déficit en el autocuidado de los adultos mayores investigados.

Según los estudios realizados por el INEI¹⁴ el 29,7% de la población adulta mayor declaró haber sido informada por un médico o profesional de la salud que padece de hipertensión arterial; y de ella, el 74,8% se encontraba con tratamiento, mientras que el 25,2% no se sometió a un tratamiento médico, asimismo el 8,2% de la población adulta mayor padece de diabetes, dichas enfermedades conlleva con mayor frecuencia a otros factores de riesgo y a la morbilidad.

En el 2016 el Ministerio de Salud (MINSA)¹⁵ expresó, que el 60 % de la población discapacitada corresponde a adultos mayores, además sostuvo que en el Perú el 21% de la población adulta mayor es pobre y corresponde al área rural. A la misma vez Minaya indicó que la situación de dicha población tiene entre otras razones como causa de su vulnerabilidad, los rezagos de la falta de acceso a la educación que representa el analfabetismo, lo cual demostraría el desconocimiento de prácticas de autocuidado para mantener una buena salud.

Según la OMS¹⁶ en el 2016 sostuvo que más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural y el 6,6% de discapacidad. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo por lo que los convierte en personas dependientes afectando su estado biopsicosocial.

El Ministerio de Salud de Argentina¹⁷ y diversas otras investigaciones explican que las primeras causas por las que enferman o fallecen las personas mayores de 60 años, va más allá de los factores heredofamiliares

u otros que puedan actuar como causantes; por el contrario estas están íntimamente relacionadas con los estilos de vida, comportamientos, acciones y en relación con las decisiones que se toman a lo largo de la vida.

Así mismo Castro, Reyna¹⁸ indican que posiblemente el adulto mayor no cuenta con la información necesaria sobre un estilo de vida saludable; que existe poco interés por el cuidado de su salud, no consumen alimentos balanceados, no realizan ningún tipo de ejercicio, mantienen una vida sedentaria, no se preocupan por su salud y no acuden a un establecimiento de salud para su control médico.

Por otra parte la OMS¹⁹ comenta que muchos de ellos se exponen a riesgos como al hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol y de otras sustancias. A esto le añadimos la existencia que muchas personas mayores viven en la pobreza, carecen de la adecuada seguridad de los ingresos, sufren amenazas a la seguridad personal (a través de o las necesidades no satisfechas en los desastres) y no tienen acceso a la atención sanitaria y la asistencia social.²⁰

Las deficientes prácticas de autocuidado traen como consecuencias diversas enfermedades crónicas degenerativas, complicaciones como accidentes vasculares encefálicos, infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca, daño ocular, renal, pulmonar y discapacidades llevándolos posteriormente a la dependencia.²¹ Haciendo de este grupo poblacional como el principal consumidor de recursos sanitarios, de camas hospitalarias, de reingresos, y señalándolo como el primer consumidor de diversos medicamentos.²²

Frente a este problema, el Ministerio de Salud²³ del Perú ha planteado dentro de sus lineamientos de política atender de manera integral las necesidades de salud de la población adulta mayor con el fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social, promoviendo el envejecimiento activo y saludable, enfatizando las actividades preventivo promocionales. Así como a practicar conductas favorables y saludables, mediante la satisfacción de sus necesidades básicas, como la adecuada alimentación, medidas de higiene, habilidades para establecer relaciones sociales, actividad física requerida, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto.²⁴

El profesional de enfermería ocupa un lugar primordial en el cuidado del adulto en la comunidad, aportando en la detección de problemas, exámenes de salud, vacunación, educación sanitaria, control de los pacientes con enfermedades crónicas y la visita al hogar constituyen el soporte de todo programa de salud para el adulto mayor.²⁵

Teniendo en cuenta el problema expuesto y los escasos antecedentes empíricos, me motiva a llevar a cabo el siguiente estudio de investigación cuyo objetivo es determinar la existencia de las prácticas de autocuidado en los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los Centros Poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama, Huánuco 2017.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son la prácticas de autocuidado de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los Centros Poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama, Huánuco 2017?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las prácticas de autocuidado según grupo de edad de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65?
2. ¿Cuáles son las prácticas de autocuidado según género de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65?
3. ¿Cuáles son las prácticas de autocuidado según la tenencia de conyugue de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65?
4. ¿Cuáles son las prácticas de autocuidado según la tenencia de algún grado de instrucción de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65?
5. ¿Cuáles son las prácticas de autocuidado según la tenencia de ocupación de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Describir las prácticas de autocuidado en los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los Centros Poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama, Huánuco en el 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Describir las prácticas de autocuidado según grupo de edad de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.
2. Analizar las prácticas de autocuidado según género de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.
3. Estudiar las prácticas de autocuidado según la tenencia de conyugue de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.
4. Determinar las prácticas de autocuidado según la tenencia de algún grado de instrucción de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.
5. Identificar las prácticas de autocuidado según la tenencia de ocupación de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.

1.4. Justificación e importancia

El estudio se justificó por las siguientes razones:

1.4.1. A nivel teórico

Las prácticas, hábitos y comportamientos saludables en el transcurso de la vida de las personas son condicionantes para obtener un estado de salud favorable más aun en la población adulto mayor, que hoy en día va en aumento y sobrepasando los 75 años. Dicha población trae consigo cambios, convirtiendo a muchos de ellos en adultos frágiles debido al incremento de las enfermedades no transmisibles y a la falta de prácticas de autocuidado.

Si bien es cierto, este cambio demográfico muestra un logro satisfactorio para la humanidad y la sociedad, pero esto no quiere decir que los adultos mayores gocen de buena salud y practiquen estilos de vida saludable.

Además de ello la OMS manifiesta que no se disponen de pruebas que indiquen que las personas de edad gocen actualmente de mejor salud que la que tuvieron sus padres²⁶.

En la actualidad existen derechos, programas y lineamientos de políticas que protegen al adulto mayor con la finalidad de mejorar su calidad de vida, pero a pesar de ello se refleja la indiferencia causada por los estereotipos equivocados de la sociedad y el desconocimiento del adulto mayor

Es por ello que se propone la siguiente investigación, para conocer las prácticas de autocuidado que realizan las personas adultos mayores de nuestra localidad, a fin de tomar medidas de intervención que ayuden a mejorar su calidad de vida y por ende su salud.

1.4.2. A nivel práctico

El presente estudio corresponde a la línea de investigación salud colectiva y a la atención primaria de salud. Como profesionales de la salud tenemos como esencia innata el cuidado de la salud, es por esta razón que dicho estudio identificará el nivel de prácticas de autocuidado, con ello se podrán diseñar y mejorar las estrategias, programas y lineamientos de cuidado que benefician el estado de salud del adulto mayor con el propósito de fomentar un envejecimiento activo y saludable

Adicionalmente en el contexto de la carrera de enfermería, esta investigación aportará conocimientos que nos permitirá realizar actividades preventivas promocionales fomentando una cultura de autocuidado, incitando a realizar conductas y hábitos saludables con el fin de lograr la autovalencia y haciendo del adulto mayor protagonista principal de su autocuidado.

1.4.3. A nivel metodológico

Este estudio brindará información acerca de las prácticas de autocuidado, con la aplicación de un instrumento confiable tipo escala que se utilizara para la recolección de datos y así poder mejorar las prácticas de autocuidado de las personas adultos mayores en todas sus dimensiones. Además, este estudio servirá como antecedente para futuras investigaciones con diseños más complejos para mejorar la calidad de vida y disminuir la morbimortalidad de los adultos mayores.

1.5. Viabilidad

Respecto a la disponibilidad de los recursos financieros, el estudio fue viable en cuanto a costos económicos se refiere, pues fue solventado por el investigador. En cuanto a los recursos materiales se contó con implementos como hojas bond, lapiceros, carpetas, regla, entre otros materiales necesarios para la recolección y análisis de datos.

En relación a los recursos humanos se contó con personal capacitado, asesor, investigador, encuestadores para la recolección de datos y estadístico para el procesamiento y análisis de datos.

CAPÍTULO II

1. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

Antecedentes Internacionales

En México 2016, Loredo, Gallegos, Xequé, Palomé y Juárez²⁷ desarrollaron un estudio descriptivo y correlacional de corte transversal, titulado “Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor”, el objetivo de la investigación fue establecer la relación entre calidad de vida del adulto mayor y su nivel de dependencia y autocuidado. Utilizaron la Escala de Barthel, la Escala de capacidades de autocuidado y el Cuestionario SF-36 de calidad de vida. Los resultados evidenciaron que el 54.3% de los participantes fueron mujeres. El 80.2% de los adultos mayores presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. En la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En la percepción de calidad de vida en la dimensión física, el 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena y el 56%, regular. En las pruebas de correlación se encontró mínima relación entre las variables de autocuidado y dependencia; escasa entre autocuidado y grado de escolaridad; correlación positiva entre la dependencia y la calidad de vida, así como la calidad de vida y la edad, aunque el valor de todas las correlaciones fue bajo. Este estudio presenta similitud con el estudio que se viene desarrollando ya que estudio el nivel de autocuidado de las PAMs, hecho que sirvió como antecedente para el desarrollo del marco teórico.

En México en el 2015 Can, Sarabia y Guerrero ²⁸, realizaron un estudio de investigación titulado “Autocuidado en las personas mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche” cuyo objetivo fue identificar si existe relación entre el autocuidado y las personas adultas mayores que asisten al Centro de rehabilitación y Educación Especial, en la Ciudad de

San Francisco de Campeche. La muestra estuvo conformada por 50 personas adultas mayores. Para la recolección de datos utilizaron el Test de capacidad y percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM). Los resultados informaron que 32 adultos son del sexo femenino y 18 del sexo masculino; del 100 % de la población de género masculino, 44.44 % muestra tener la percepción de autocuidado inadecuado; y del 100 % de la población del género femenino, 68 % presenta la percepción de parcialmente inadecuado. En la percepción del estado de salud, 60 % considera tener una percepción de autocuidado de la salud parcialmente adecuada, 34 % un nivel de autocuidado inadecuado, 3% sin capacidad de autocuidado, el nivel de autocuidado refleja 3 % y el déficit total de autocuidado indica 0 %. En conclusión, en relación con el sexo y la percepción de autocuidado, la población total de hombres encuestados presentan un nivel de autocuidado adecuado, 11.11 % menor al 50 % estipulado, en comparación con el total de mujeres, quienes presentaron 0 %, lo que quiere decir que los hombres presentan mayor autocuidado que las mujeres. Este antecedente de investigación presenta proximidad con este estudio ya que aborda aspectos del autocuidado.

En Ecuador 2015, Medina, Yuquilema²⁹ llevaron a cabo un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo titulado “Conocimientos y Prácticas de Autocuidado en pacientes que asisten al Club de adulto mayor Francisco Jacome 2015” cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos y prácticas en el autocuidado de pacientes que asisten al Club del Adulto Mayor Francisco Jácome. La muestra estuvo constituida por 50 adultos mayores. Los resultados evidenciaron que el 62% sufren de hipertensión arterial y diabetes, 46% consumen antihipertensivos, 66% se automedicó, el 92% tienen dificultad para movilizarse, 66% utilizan algún mecanismo para desplazarse, 80% tienen limitaciones visuales, 42% tienen problemas para la deglución de alimentos, 58% se deprimen con frecuencia y se sienten solos, como principal afectación psicológica de la muestra seleccionada, generándose las siguientes prácticas, el 38% nunca realizan actividad física, 44% no se asean todos los días, 14% no se lavan los dientes todos los días, solo 24% visitaron el centro de salud y odontológico con frecuencia, 20% siempre acuden a establecimientos de recreación y 14% se cortó las uñas

con frecuencia. Este antecedente mostro similitud con el presente estudio puesto que proporcionara información para la descripción del problema.

En Ecuador en el 2015, Alvear³⁰ realizo un estudio descriptivo titulado “Percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del centro de promoción activa del IESS CUENCA 2014”, cuyo objetivo fue establecer la percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del Centro de Promoción Activa del IESS CUENCA. La muestra analizada fue de 120 pacientes, a quienes les aplicaron mediante una encuesta el instrumento TEST DE CYPAC-AM. Los resultados mostraron que el 30% de las PAMs estudiados la percepción de la capacidad de autocuidado fue deficiente, las áreas con mejor desempeño (autocuidado adecuado) se encontraron el control de adicciones (80%), la actividad física (65,8%) y el control de la medicación (64,2). Mientras que las de bajos resultados fueron las de control del descanso y sueño y el control de la eliminación, en los que más del 40% de la muestra presento una percepción de autocuidado inadecuado. Este antecedente de investigación me oriento en la descripción del problema, razón por la cual será de gran aporte.

En Colombia 2011, Fernández, Manrique³¹ llevaron a cabo un estudio descriptivo, de corte transversal, titulado “Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores” cuyo objetivo fue determinar la agencia de autocuidado y los factores básicos condicionantes en adultos mayores con hipertensión arterial, de Tunja, Boyacá, Colombia, con una muestra representativa de 240 adultos mayores quienes respondieron una Escala (ASA) para valorar la agencia de autocuidado y la ficha de datos sociodemográficos y salud (DSDS). Los resultados demostraron que la media total ASA de los adultos mayores fue de 46,8, desviación estándar de 4,6; el 99,6% presentó “baja agencia de autocuidado”, en un rango de 24 a 59 puntos. La edad media fue de 71,6, desviación estándar de 6,7; el 48,8% se ubicó en un rango de 60-70 años de edad; 76,7% eran mujeres; 49,2% sin escolaridad; 42,5% viudos; 70,4% de oficios del hogar; 53,3% correspondían al estrato social 1; 73,8% vivían con la familia. El 21,7% estaba afiliado a Caprecom. El 23,8% presentaba problemas renales; el 71,3% reportó deficiencias visuales; el 78,3% cursaba con tensión arterial media normal y el 84,2% con pulso normal. El 72% del sexo femenino se

ubicó en un rango de diámetro abdominal en riesgo (mayor de 80 cm). Conclusión: los adultos mayores presentaron baja agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes que ameritan la atención por enfermería. Este estudio de investigación me sirvió de guía en la descripción del problema y como antecedente para el desarrollo del marco teórico.

En Cuba 2010, Millán³², abordó un estudio descriptivo y de corte transversal titulado “Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad”, el objetivo de la investigación fue evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del Adulto Mayor en la comunidad. La muestra estuvo conformada de 195 ancianos de 3 consultorios, a quienes le aplicaron un Instrumento diseñado al efecto para medir su nivel de autocuidado. Los resultados informaron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuidan adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total. De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano, concluyéndose que la gran mayoría de los adultos mayores estudiados son independientes para realizar las actividades de la vida diaria, pero estos no desarrollan adecuadamente sus capacidades de autocuidado, por lo que el grado funcional independiente es una condición necesaria pero no suficiente para un buen autocuidado, los adultos mayores que perciben algún riesgo para su salud se cuidan más que los que se perciben sanos. Este antecedente de investigación presenta proximidad con la presente investigación ya que aborda aspectos del autocuidado.

Antecedentes Nacionales

En Chiclayo, 2015, Condemarín, Evangelista, Benavides³³, realizaron un estudio descriptivo simple titulado “Nivel de Autocuidado de los adultos mayores atendidos en el Programa del “adulto mayor” del Centro de Salud de José Leonardo Ortiz. Febrero, 2015” cuyo objetivo fue determinar el nivel de autocuidado de los adultos mayores que asisten al programa del Adulto Mayor del Centro de salud José Leonardo Ortiz. La población muestral fue de 80 adultos mayores a quienes les aplicaron un cuestionario tipo Likert

para identificar sus prácticas de autocuidado con respecto a las dimensiones: biológica, psicológica y social. Los resultados revelaron que la mayoría de los adultos mayores presentan un nivel de autocuidado medio, cuyo porcentaje alcanzado en las tres dimensiones fue: en varones 94% y mujeres 76%, destacándose que en la dimensión biológica ningún adulto mayor alcanzó el nivel alto y llama la atención que un 23.8% de mujeres presentaron un nivel de autocuidado bajo. Este antecedente de investigación presenta proximidad con el presente estudio puesto que me oriento en la metodología a seguir.

En Trujillo 2015, Ellen, Padilla³⁴, desarrollaron un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, Titulado “Autocuidado del adulto mayor Y su relación con el apoyo familiar. Centro De Salud Salaverry 2015”, cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre el autocuidado del adulto mayor con el apoyo familiar, en una muestra conformada de 94 adultos mayores que acudieron al Centro de Salud Salaverry a quienes les aplicaron El TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor) y la Escala de Apoyo familiar. Los resultados evidenciaron que el autocuidado del adulto mayor atendido en el centro de Salud de Salaverry fue adecuado en un 54.3% e inadecuado en un 45.7% el grado de apoyo familiar del adulto mayor fue alto en un 13.8%, moderado en un 80.9% y bajo en un 5.3%. Concluyéndose que el autocuidado del adulto mayor se relaciona significativamente con el grado de apoyo familiar. Este estudio presenta similitud con el estudio que se viene desarrollando hecho que servirá como antecedente para el desarrollo del marco teórico.

En Lima, 2015, Garcilazo³⁵, desarrollo un estudio tipo cuantitativo, de nivel aplicativo, con método descriptivo y de corte transversal, titulado “Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de salud de San Juan de Miraflores 2014” cuyo objetivo fue determinar la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. La muestra estuvo constituida de 74 adultos mayores, usuarios del Centro de salud “Ollantay” Para la recolección de datos utilizaron el cuestionario de Lawton y Brody (Actividades instrumentales de la vida diaria) y la escala de Pfeiffer Las conclusiones del estudio mostraron que la

capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria prevalecen la dependencia, la cual influye desfavorablemente en su calidad de vida. Este antecedente de investigación, presenta similitud con el estudio desarrollado, ya que me proporciono un marco de referencia para las bases conceptuales.

En Iquitos en el 2014, Camacho, Lachuma³⁶ llevaron a cabo un estudio descriptivo correlacional, titulado “Prácticas de Autocuidado, Capacidad funcional y depresión en adultos mayores. C.S. 9 de Octubre. 2013”, el objetivo fue determinar la relación que existe entre la capacidad funcional, depresión y las prácticas de autocuidado en el adulto mayor que asiste al centro de salud 9 de Octubre. La muestra estuvo conformada por 86 personas mayores a quienes se les aplicó los índices de Katz, Lawton, GDS, la escala de autocuidado de Leitón que permite evaluar la práctica de autocuidado para una vejez con bienestar en sus dimensiones: biológica y psicosocial y espiritual. Los resultados mostraron que el 92.8% son independientes en la capacidad funcional básica y el 62.8% independientes en la capacidad funcional. El 59.3% de adultos mayores no muestran manifestaciones de depresión, 27.9% con probable depresión y 12.7% con depresión establecida. El 82.6% de adultos mayores tienen un nivel bueno de prácticas de autocuidado y el 17.4% autocuidado regular. De acuerdo a las dimensiones o áreas evaluadas, se determinó que las medias de autocuidado fueron más altas en los varones que en las mujeres, en el cuidado de: oídos, sueño, pies, memoria y ojos. Mientras que las mujeres mostraron puntuaciones medias más altas en el cuidado de: piel, nutrición, boca, eliminación. Las variables que mostraron asociación estadística muy fuerte con las prácticas de autocuidado, en forma directa o positiva fueron: el cuidado psicosocial, cuidado de la memoria, cuidado de pies y cuidado de boca. Es decir que, los adultos mayores que informan mejor cuidado en la dimensión psicosocial, memoria, pies, boca, mostrarán mejor nivel de prácticas de autocuidado. La única variable que mostró correlación inversa o negativa con las prácticas de autocuidado fue el estado de ánimo o depresión. Es decir que a mayor estado depresivo del adulto mayor, menor es el nivel de prácticas de autocuidado. Este estudio de investigación,

presenta proximidad con el estudio que se viene desarrollando, ya que me orientó en la elaboración de los instrumentos de recolección de datos

En Trujillo 2014, Leitón³⁷ realizó un estudio descriptivo correlacional y transversal titulado “Práctica de autocuidado para una vejez con bienestar relacionado con independencia funcional y depresión del adulto mayor” cuyo objetivo fue determinar la relación entre práctica de autocuidado para una vejez con bienestar, con independencia funcional y depresión la muestra estuvo conformado por 51 adultos mayores. Los resultados evidenciaron que el 82,35 % tuvo buena práctica de autocuidado y 17,65 % regular. En las actividades básicas de la vida diaria 84,31% fue independiente y 15,69% moderadamente dependiente. En las actividades instrumentales de la vida diaria 56,86% fue independiente, 39,22% moderadamente dependiente y 3,92% dependiente. Sin depresión 82,35%, 13,72% depresión leve y 3,92% depresión. Relación altamente significativa entre independencia funcional con práctica de autocuidado. No relación significativa entre depresión con práctica de autocuidado. Este antecedente de investigación presenta proximidad con el presente estudio puesto que contribuyo con la descripción del problema.

En Lima, 2010, Manrique³⁸, desarrollo un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, con método descriptivo, y de corte transversal titulado Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. Conde de la Vega Baja, cuyos objetivos fueron identificar las áreas críticas de conocimientos sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, identificar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, en las dimensiones biológica y psicosocial. La muestra estuvo conformada por 63 adultos mayores, Para la recolección de datos se utilizaron como técnica la entrevista y como instrumentos una encuesta y una escala de Lickert modificada. Las conclusiones fueron, el nivel de conocimiento que tiene el adulto mayor sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, es medio. Son las necesidades relacionadas con el cuidado de la piel y el sueño, áreas críticas en el conocimiento que tiene el adulto mayor para satisfacerlas. El nivel de conocimiento sobre el autocuidado para la

satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión biológica, es medio; y en la dimensión psicosocial, es alto. La actitud hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, es de indiferencia. La actitud hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión biológica, es de indiferencia y en la dimensión psicosocial, fluctúa entre indiferencia y aceptación. Este estudio presenta similitud con el estudio que se viene desarrollando ya que estudio actitudes del autocuidado de las PAMs, hecho que me servirá como antecedente para el desarrollo del marco teórico.

Antecedentes Locales

En Huánuco, 2013, Mateo³⁹, abordó un estudio tipo descriptivo, prospectivo, transversal, titulado “Prácticas de autocuidado que realizan las mujeres premenopausicas en la asociación de vivienda “Las Palmeras”, distrito de Pillcomarca”, cuyo objetivo fue evaluar las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres premenopausicas. La muestra estuvo constituida de 70 mujeres premenopausicas seleccionada por un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de datos utilizaron una guía de entrevista y una escala de prácticas de autocuidado. Las conclusiones del estudio mostraron que en la dimensión biológica la mujer pre menopáusica el 70% realiza prácticas de autocuidado saludables en lo concerniente a la nutrición, actividad física, y en las practicas no saludables destaca el control médico periódico y no consumo de cigarrillo y licor. En la dimensión psicosocial la mujer premenopáusica el 67,1% realiza prácticas de autocuidado saludables en lo concerniente a la función cognoscitiva, círculo social, las relaciones interpersonales, estado de ánimo y en las prácticas no saludables destaca el autoestima.

Este antecedente de investigación, presenta proximidad con el estudio que se viene elaborando hecho que me servirá como antecedente para el desarrollo del marco teórico.

2.2. Bases teóricas que sustentan el estudio

2.2.1. Teoría del autocuidado

El fundamento teórico del presente estudio tiene como sustento básico la teoría del autocuidado de Dorotea Orem, quien define al ser humano como un ser totalmente único y con capacidad de conocerse asimismo, reconociendo sus logros y dificultades. Pudiendo llevar acabo su propio autocuidado en todas las circunstancias del desarrollo de la vida con el fin de lograr la estabilidad, mejoría y bienestar de su salud buscando la felicidad.

Según Martínez⁴⁰ la Teoría del Autocuidado de Dorotea Orem engloba las necesidades de autocuidado universales, necesidades de autocuidado específicas del desarrollo físico, social y psicológico y las necesidades de autocuidado en alteración de la salud. Esta teoría se encuentra inserta dentro de un modelo conceptual, el cual integra tres teorías relacionadas, la teoría del autocuidado, que nos dice de qué manera las personas cuidan de sí mismas, la teoría del déficit del autocuidado, donde nos explica las causas que pueden producir dicho déficit y como la enfermera puede ayudar a la persona y la teoría de los sistemas de enfermería, la cual nos orienta de qué modo y en qué momento la enfermera puede atender a la persona según el estado en el que se encuentra. Orem resalta que en la práctica del autocuidado es fundamental la acción intencionada del individuo y que los conocimientos resultan determinantes para esto.

Las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y muchas veces se ven afectados por creencias culturales, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. También la edad, y el estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado⁴¹.

Es por esta razón que este modelo busca promover la satisfacción de las demandas de autocuidado del individuo, fomentando su autonomía, y que puedan alcanzar al máximo su nivel de autocuidado ya que cada individuo sabe cuándo requiere de ayuda y, por ende, están conscientes de cuáles son las acciones que necesitan efectuar⁴².

2.2.2. Modelo de creencias en salud

El modelo de creencias en salud fue uno de los primeros modelos que adoptó la teoría de las ciencias del comportamiento a los problemas de salud.⁴³

Este modelo se torna a dos dimensiones generales de creencias en salud, la primera dimensión se refiere al grado de preparación o disposición psicológica del sujeto para llevar a cabo una determinada acción preventiva que viene determinada por la vulnerabilidad percibida y la gravedad percibida y la segunda dimensión hace referencia a los beneficios/costes percibidos de la acción preventiva. Por lo tanto algunos investigadores nos dicen que la amenaza de padecer una enfermedad, proporcionará al sujeto la motivación para actuar. La conducta preventiva concreta que el sujeto adopte será aquella que comporte mayores beneficios percibidos y menos costes para reducir la amenaza de enfermedad.⁴⁴

El modelo tiene relación con el presente estudio ya que existe el deseo de evitar la enfermedad por la creencia de que una conducta sea posiblemente saludable para el individuo, en este caso el estado de salud de los adultos mayores se podrían mejorar realizando prácticas de autocuidado y así poder prevenir la enfermedad o si se está enfermo, la creencia de una conducta específica podría aumentar la posibilidad de recuperar la salud.

2.3. Definiciones conceptuales: Prácticas de autocuidado

2.3.1. Definición de prácticas

Para Litano⁴⁵ las prácticas son aquellas acciones que se realiza para mantener la vida, la salud y el bienestar logrando así una mejor calidad de vida presente y futura.

Según Candelaria⁴⁶ prácticas son destrezas aprendidas a través de toda la vida, de forma continua y libre decisión con el propósito de restablecer la salud y prevenir la enfermedad; en la cual responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece

2.3.2. Definición del autocuidado

Para el MINSA⁴⁷ el autocuidado es asumir voluntariamente el cuidado de la propia salud.

Araya⁴⁸ define que el autocuidado es la práctica de actividades que las personas emprenden en relación con situación de salud, con la finalidad de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal, conservar el bienestar y con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos.

Garcilazo⁴⁹ refiere que en la Carta de Ottawa definen al autocuidado como prácticas cotidianas y decisiones que una persona, familia o grupo realizan para cuidar su salud; dichas prácticas son destrezas aprendidas a lo largo de la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad.

Salgado⁵⁰, señala que Dorothea Orem, define al autocuidado como la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, salud y bienestar.

2.3.3. Prácticas de autocuidado

Fanarraga⁵¹, define que las prácticas de autocuidado son actividades que realizan las personas según su potencial de desarrollo o conocimientos adquiridos sobre su enfermedad, el cual ejercerá mejor control sobre la propia salud y entorno enriqueciendo su vida con mejor bienestar.

Para Candelaria⁵² las prácticas de autocuidado son conjuntos de acciones o actividades intencionadas que refiere realizar el individuo en el cual se encuentran: alimentación adecuada, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre.

2.3.4. Dimensiones del autocuidado

2.3.4.1 Autocuidado biológico

Son aquellas actividades orientadas a disminuir o evitar las complicaciones de los cambios que se presentan en la esfera biológica⁵³.

2.3.4.1.1. Autocuidado de los sentidos

Las medidas en el cuidado de los sentidos van a contribuir a que el adulto mayor se relacione adecuadamente en su medio ambiente y sea más independiente para que pueda disfrutar del mundo que lo rodea⁵⁴.

2.3.4.1.1.1. Autocuidado de los ojos

Entre los cambios normales que se presentan en la visión por el paso de los tenemos a la disminución de la visión, visión borrosa, resequedad en el ojo, los párpados se vuelven más débiles y pesados, dificultad para diferenciar los colores, mayor sensibilidad a la luz y el resplandor, y dificultades para adaptarse a la oscuridad⁵⁵, las enfermedades más comunes que se evidencian por el paso de los años son la catarata que generalmente es causada por el propio proceso de envejecimiento y el glaucoma que en su mayoría son procedentes de factores de riesgo ⁵⁶

Las medidas de autocuidado de los ojos están orientadas a la seguridad ocular, prevención de enfermedades y complicaciones. Entre las más importante tenemos: Evitar el paso brusco de la oscuridad a la luz, iluminar muy bien su hogar especialmente en las noches, tener ayudas visuales como lentes de aumento recetadas por el oftalmólogo, libros, calendarios de letras grandes, utilice colores y contrastes en su medio ambiente, evite el resplandor de lunas o superficies brillantes y luz solar directa, lleve sombrero de ala ancha o gorra y si es posibles lentes de sol cuando salga de casa. Acuda cada año al oftalmólogo, inmediatamente si presenta alteración de la visión brusca e inexplicable⁵⁷.

2.3.4.1.1.2. Autocuidado de los oídos

Las características de los cambios en la audición se presentan de forma progresiva comúnmente con dificultad para escuchar consonantes de tonos altos S, Z, T, F, G⁵⁸ y el cerumen se vuelve seco y duro interfiriendo la transmisión del sonido⁵⁹.

Entre las medidas de Autocuidado del oído tenemos: No exponerse a ruidos muy fuertes, no introducir ningún tipo de objetos en los oídos, como palitos de fósforos, palitos de tejer, hierbas, llaves, ramitas, algodón, hisopos, etc, no aplicarse gotas al oído sin autorización del médico, si disminuye su audición, acuda al Centro de Salud para evaluar cómo escucha y ver si necesita tratamiento, porque también es posible que la baja de audición se deba a la acumulación de cerumen (sustancia grasa) en el oído⁶⁰.

2.3.4.1.1.3. Autocuidado de los sentidos del olfato, tacto y gusto

Los cambios normales que se experimentan son: en el sentido del gusto a partir de los 60 años disminuye la cantidad de saliva y la capacidad para reconocer el sabor de lo que comemos, en el sentido del olfato a partir de los 70 años disminuye la capacidad para diferenciar olores y en el sentido del tacto la capacidad de sentir disminuye, como por ejemplo, en las palmas de las manos y pies se pierde la capacidad de diferenciar entre lo áspero y lo liso. Se siente menos el dolor, por lo cual las personas adultas mayores pueden causarse heridas más fácilmente cuando están en el campo, se tiene dificultad para sentir los cambios de temperatura, por lo que tienen mayor riesgo de sufrir quemaduras⁶¹.

Ante estos cambios deberíamos tener en cuenta lo siguiente: permanecer en la cocina a la hora de preparar los alimentos, para reaprender a sentir los olores y estimular el apetito, comer en grupo, en familia y amistades aumentara el interés por las comidas y mejorara el apetito, mantener limpia la boca y la dentadura postiza para mejorar el gusto y el apetito, manipular los utensilios y objetos calientes con mucho cuidado⁶².

2.3.4.1.1.4. Autocuidado de la piel

Los cambios que se presentan en la piel cuando uno se hace mayor es que la piel suda menos, se vuelve seca, arrugada, menos elástica, más débil y delgada, se producen moretones más fácilmente, las heridas cicatrizan con lentitud y es más probable desarrollar infecciones luego de un golpe, existe menos sensibilidad en la piel, las heridas e infecciones pueden no percibirse hasta hacerse muy graves. Por ello no debe quedarse en una misma posición más de 30 minutos, hidrate su piel con alguna pomada, evite estar muchas horas bajo el sol sin sombrero, use polos o camisas de manga larga, beba entre 6 y 8 vasos de agua o líquido al día, tenga una buena alimentación, báñese por lo menos tres veces por semana, si no puede, limpie su cuerpo con un paño o toalla húmeda, lávese el cabello una o dos veces por semana y péinelo todos los días, después de cada baño seque bien su cuerpo con un paño limpio, suavemente, no deje humedad, en especial en los pies para evitar la aparición de hongos⁶³.

2.3.4.1.1.5. Autocuidado de la boca

El envejecimiento puede producir cambios en las estructuras y función de la cavidad bucal como: disminución de la saliva, mayor desgaste de la superficie de los dientes, pérdida del hueso alveolar, dientes afilados y quebradizos. Disminución del gusto. Mayor sensibilidad. Las encías se adelgazan favoreciendo la pérdida de los dientes. Las medidas de autocuidado están dirigidas a la conservación de los dientes, digestión y nutrición, aumenta la autoestima y favorece la mejor comunicación. Las más importantes son: Cepillase los dientes después de comer alimentos y principalmente después del desayuno, almuerzo y comida⁶⁴.

De igual manera si tuviera prótesis dental. Use pasta dental o bicarbonato de sodio, para el cepillado de dientes. Use hilo dental después del cepillado de dientes. No use los mondadientes que moviliza las piezas dentarias y produce lesiones. Consuma una alimentación balanceada sin exceso de dulces y harinas que producen caries. Use prótesis dental si le faltaran los dientes naturales y mantenga la limpieza y el cuidado necesario. Acuda al dentista por lo menos cada seis meses y si tiene prótesis dental 1 a 3 veces al año. Se recomienda el cambios de la prótesis dental cada cinco años o según lo recomiende el odontólogo⁶⁵.

2.3.4.1.1.6. Autocuidado de la nutricional

Dentro de los cambios normales de mayor relevancia están principalmente, los del sistema gastrointestinal, hígado, vías biliares y páncreas, los cuales afectan la función motora, secretora y absorción, interfiriendo la buena digestión de los alimentos, y repercutiendo en el estado nutricional de los adultos mayores, seguida de la disminución de la saliva lo que ocasiona problemas en la masticación y deglución de los alimentos, atrofia de la mucosa oral y encías, dientes afilados, desgastados y quebradizos, o ausencia de ellos, que produce la disminución de la capacidad de masticar, disminución del tono de esfínteres y musculatura del esófago, por lo que se retarda la absorción de las sustancias alimenticias, ocasionando indigestión postprandial o sensación de plenitud, atrofia de glándulas intestinales y disminución del peristaltismo causando estreñimiento, flatulencia y dolor abdominal, la composición corporal cambia,

produciéndose una disminución de la masa magra y masa mineral, junto con un aumento de la proporción de grasa en el organismo⁶⁶.

Es difícil formular recomendaciones nutricionales para los adultos mayores porque es un grupo heterogéneo, por lo que se debe considerar sus características individuales. Así como, el peso, enfermedades, pobreza, actividad física, patrones culturales, etc. A continuación se darán recomendaciones generales para adultos mayores sanos: Limitar el consumo de grasas y frituras, sustituir la carne roja por carne blanca (pollo, pavo), cocinar bajo de sal, restringir el consumo de alcohol, mantener el consumo equilibrado de calorías, consumir calcio suficiente a diario, especialmente en las mujeres, tomar mínimamente el sol y el consumo diario de vitamina D debe ser de 400 a 600UI, consumir todos los días frutas y verdura y beber agua en cantidad suficiente (aprox. 2 lts), controle su peso periódicamente y disfrute de la comida, “el comer” debe ser un tiempo agradable para usted y su familia (OPS, 2004)⁶⁷.

2.3.4.1.1.7. Autocuidado del sueño

La continuidad, duración y profundidad del sueño cambia con la edad. Las personas adultas mayores normalmente duermen menos que antes. El sueño es más superficial y hay más interrupciones del mismo durante la noche. Esto trae como resultado la necesidad de dormir durante el día, y consiguientemente tener nuevamente menos sueño durante la noche⁶⁸.

Las medidas de autocuidado están orientadas a la conservación del sueño adecuado favoreciendo la conservación de la funcionalidad y mejor desempeño en las actividades de la vida diaria: Levantarse y acostarse todos los días a la misma hora aún durante los feriados y fines de semana, eliminar las siestas diurnas y si lo hace que no sea más de 30 minutos, evitar en lo posible estrés y emociones fuertes, hacer ejercicios pero no cerca de la hora de dormir, realizar técnicas de relajación y respiratorios, ingerir dieta liviana por las noches, evitar el consumo de estimulante como: alcohol, tabaco, cafeína cerca de la hora de acostarse, usar infusiones de manzanilla y tilo, disminuir la ingesta de líquidos después de la cena y miccionar antes de ir a dormir. Contar con un ambiente adecuado para dormir cómodo, con temperatura agradable, sin ruido, limpio, ventilado, etc., leer, escuchar

música, ver películas adecuadas, meditar, o rezar antes de dormir, evitar el uso de medicamentos para dormir sin indicación médica⁶⁹.

2.3.4.1.1.8. Autocuidado de la memoria

Entre los adultos mayores la disminución de la memoria es una queja frecuente y una fuente de preocupación. Estos fallos esenciales ocurren en el envejecimiento normal y corresponde a la pérdida de memoria a corto plazo y son los denominados olvidos benignos de la ancianidad, pero no afectan el desenvolvimiento de la funcionalidad. Por otro lado esta pérdida de memoria no es generalizada a todos los adultos mayores, tal es así que muchos de ellos mantienen su capacidad de memoria intacta y conservada.

Las medidas de autocuidado estarán dirigidas a mejorar y mantener la memoria porque posibilita el fortalecimiento de la identidad, rescatar la cultura, la historia y la tradición y sirven como nexos en la socialización de las nuevas generaciones. El autocuidado será dado considerando las fases de la memoria de registro, retención y recuerdo. Entre ellos podemos mencionar: Intentar memorizar visualizando, nombres de personajes de la TV, y de las revistas, etc. que les hayan sido presentadas recientemente, al acostarse recuerde lo realizado durante el día visualizándose a modo de película, tenga un lugar fijo y estable para colocar los objetos de uso cotidiano, identificar similitudes o diferencias en imágenes aparentemente similares, asocie parejas de palabras o números de teléfonos, solucione problemas de cálculo, describa la orientación de su vivienda y haga un plano de la misma, situé el mayor número de objetos en cada una de las estancias, narre con su referencia de tiempo, algunos acontecimientos importantes de su vida⁷⁰.

2.3.4.1.1.9. Autocuidado en la eliminación vesical e intestinal

La incontinencia urinaria es uno de los síndromes más frecuentes en el adulto mayor. Una vejez normal no está asociada a la incontinencia, sino que aumenta casi siempre con la edad. Lo importante es que puede ser curada, mejorada y tratada. Entre los cambios que ocurren en el envejecimiento tenemos: debilidad de la musculatura vesical, reducción de la fuerza a chorro de la orina y aumento de la excreción nocturna. Sin embargo estos cambios no son suficientes para causar la incontinencia urinaria.

Dentro de los factores causales más comunes tenemos: infección urinaria, aumento de la próstata, prolapso uterino y disminución de estrógenos entre otras. Las medidas de autocuidado estarán orientadas a restablecer y/o mantener una eliminación vesical en el adulto mayor. Entre esas medidas se encuentra la reeducación de esfínteres y los ejercicios pélvicos, también establezca una rutina de eliminación, orine antes y después de cada comida y antes de acostarse, contraiga los músculos antes de toser, coger peso, o realizar cualquier maniobra que aumente la presión intra abdominal, utilice cama baja para facilitar la salida, utilice vestimenta fácil de quitar y poner y elimine o limita su ingesta después de la 6 de la tarde porque favorece la micción durante la noche⁷¹.

El estreñimiento en los mayores puede atribuirse a una combinación de factores como el envejecimiento (atrofia de la mucosa y de la musculatura del intestino, las glándulas intestinales, disminución del peristaltismo), descenso de la movilidad y actividad física, la dieta, las enfermedades y las prácticas terapéuticas. Las medidas de autocuidado están dirigidas a prevenir, restablecer y/o mantener una eliminación intestinal normal en el adulto mayor, orientadas a las medidas dietéticas, ingesta de líquidos, ejercicios y reeducar la función del intestino. Así los alimentos deben ser ricos en fibra, ingiera entre 1,500 a 2,000ml de líquidos al día (agua o jugos), camine y realicen ejercicios, con especial énfasis en los ejercicios de fortalecimiento abdominal, evite laxantes o enemas, responda al deseo de defecar sin tardanza, establezca una rutina de defecación, adopte una posición adecuada en cuclillas o sentado y relajado elevando los pies en el suelo o sobre un taburete, mientras se inclina el cuerpo ligeramente hacia delante, masajear el abdomen, evite los esfuerzos para defecar y tenga un ambiente cómodo y privado⁷².

2.3.4.2 Autocuidado psicosocial y familiar

Son todas aquellas actitudes que se van a tomar para adaptarse a los cambios que se presentan en el aspecto psicosocial, las cuales nos van ayudar a conservar la autonomía e independencia y lograr alcanzar el bienestar y satisfacción por la vida⁷³.

Los aspectos a tener en cuenta en este nivel son: la autoestima, la interacción social, la familia y la actitud ante las pérdidas.

2.3.4.2.1. Autoestima

Concepto que una persona tiene sobre sí misma; sus determinantes pueden ser externas o internas, es decir, la autoestima emana de pensamientos y sentimientos internos o de la interacción con el medio. Muchos de los factores contribuyentes a los problemas en la autoestima observados en el anciano, pueden ser asociados con cambios físicos, enfermedades, bienestar psicológico, ambiente y actitudes sociales que se evidencian en conductas tales como: pobre higiene personal, descuido en el vestido, expresión triste o manifestaciones verbales de minusvalía⁷⁴.

Las medidas de autocuidado deben de partir de la premisa que la autoestima se aprende, cambia y podemos mejorarla. A continuación algunas sugerencias para una autoestima positiva: conózcase y siéntase valiosa, acéptese y profundice el amor por usted mismo, mantenga pensamientos positivos, sea usted mismo y no imite a nadie, tenga confianza, respétese, mantenga su independencia al nivel más alto posible, fomente una buena autoimagen, practique la autorrecompensa, adopte la actitud del “Yo puedo”, esté dispuesto a dar y recibir afecto, sea asertivo solicite y acepte ayuda cuando lo necesite, mantenga buen sentido del humor, aprenda a manejar sus emociones, pertenezca a alguna agrupación., esté dispuesto a nuevos aprendizajes⁷⁵.

2.3.4.2.2. Interacción social

Es un proceso natural a través del cual el anciano establece algún tipo de relación con la sociedad en la que se desenvuelve. Existen factores que producen disminución en los contactos sociales del adulto mayor y que lo pueden conducir al aislamiento; a ello se involucran los cambios biológicos como déficits sensoriales y disminución de la actividad física; problemas de la función cognitiva, la percepción y el manejo de información; cambios socioculturales, tales como disminución de su poder adquisitivo, cambio de vivienda, desorganización de su familia, pérdida del contacto con amigos, etc⁷⁶.

La familia, la pareja, las amistades, relaciones sociales establecidas en otras etapas de la vida, la participación en redes sociales o grupos del adulto mayor, el vecindario, los grupos de actividad vinculados al desarrollo

de tareas o actividades en las que la persona puede implicarse (voluntariado, participación en talleres, desarrollo de actividades lúdicas o recreativas, iglesias), relaciones sociales a través de medios técnicos (teléfono, ordenadores). Todo lo mencionado anteriormente ofrece una posibilidad ante cualquier intervención dirigida a ayudar a la persona mayor a superar las situaciones concebidas de estos escenarios sociales⁷⁷.

Estudios mundiales destacan que la participación social es definitivamente un factor protector de la salud⁷⁸.

2.3.4.2.3. Familia

Referente a la familia, el equilibrio de ayuda mutua que fluye entre los padres y los hijos tiende a cambiar. La modernidad, cambio de residencia, congregación 3 a 4 generaciones en el mismo hogar, y la migración de los hijos debilita los lazos afectivos quedando sin el sistema tradicional de apoyo familiar que muchas veces los confina a la soledad, abandono y depresión⁷⁹.

La familia ocupa un papel muy importante en este aspecto ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de cuidado, afecto, seguridad, capacidad, utilidad, autoestima, confianza, apoyo social y económico al adulto mayor⁸⁰.

2.3.4.2.4. Pérdidas

Las pérdidas sociales que ocurren durante el ciclo vital de una persona pueden ser de tipo familiar, social o laboral. El adulto mayor puede perder status social, amigos, cónyuge, ingresos, posición dentro de la estructura familiar y posesiones materiales; si esta situación ocurre, es muy factible que se produzcan cambios en su estilo de vida, se originen períodos de soledad y de aislamiento, de depresión, de frustración y de sensación de malestar general el cual se refleja en la disminución de la autoestima, de la autosuficiencia y de la capacidad de tomar decisiones y de controlar su propia vida. Estos efectos disminuyen la capacidad mental y en ocasiones originan crisis autodestructivas, reacciones paranoicas, cuadros hipocondríacos, insomnio y ansiedad⁸¹.

El uso del tiempo libre, participación de actividades, las creencias filosóficas y religiosas, sus valores y experiencias son recursos que le ayudaran a disminuir sus temores y angustias al adulto mayor⁸².

2.3.5. Prácticas de autocuidado en los adultos mayores

En las personas de la Tercera Edad, las prácticas de cuidado y autocuidado deben estar centradas en aspectos saludables que favorezcan el bienestar de las personas, familias, grupos o comunidades a las que pertenecen, los valores culturales han de tenerse en cuenta, así como sus prácticas cotidianas, visión del mundo, lenguaje, tradiciones e idiosincrasia personal, familia y entorno, ya que todo aquello ayudara a mejorar su estado de salud y hacer del adulto mayor una persona feliz.⁸³

El MINSA citado por Salinas⁸⁴, informó que las complicaciones cardiovasculares que producen hipertensión arterial, así como los accidentes cerebro vasculares y la insuficiencia cardiaca, son las responsables de un 50% de las muertes en mayores de 65 años, asimismo, reveló que hay un grupo importante de adultos mayores que padecen de diversos tipos de cáncer, los cuales son responsables de aproximadamente un 25% de muertes en este grupo etario, explicó también, que si bien las enfermedades del aparato locomotor como osteoartritis, osteoporosis, artritis no son causa predominante de mortalidad, pero si generan discapacidad y deterioran la calidad de vida de la persona, otro grupo de males crónicos que afectan a los adultos mayores son la diabetes; enfisema y neumonía; hipertrofia de próstata e incontinencia urinaria; y las de tipo neurológico como demencia, depresión y ansiedad o digestivas como gastritis, úlceras, entre otros, actualmente muchas de estas enfermedades son generadas por la falta de prácticas de autocuidado así como la falta de actividad física, y la falta de alimentación saludable.

2.4. Definición de términos operacionales

Prácticas de autocuidado: esta variable consta de 3 dimensiones, aspectos biológicos, aspecto psicosocial y aspectos familiares; fueron medidos como nivel de autocuidado deficiente, regular y bueno

2.5. Hipótesis descriptivas con componente analítico

H0₁: Las prácticas de autocuidado no tienen relación con el grupo de edad de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.

- Ha₁:** Las prácticas de autocuidado tienen relación con el grupo de edad de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.
- H0₂:** Las prácticas de autocuidado no tienen relación con el género de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.
- Ha₂:** Las prácticas de autocuidado tienen relación con el género de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.
- H0₃:** Las prácticas de autocuidado no tienen relación con la tenencia de conyugue de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.
- Ha₃:** Las prácticas de autocuidado tienen relación con la tenencia de conyugue de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.
- H0₄:** Las prácticas de autocuidado no guardan relación con la tenencia de algún grado de instrucción de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.
- Ha₄:** Las prácticas de autocuidado guardan relación con la tenencia de algún grado de instrucción de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.
- H0₅:** Las prácticas de autocuidado no guardan relación con la tenencia de ocupación de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.
- Ha₅:** Las prácticas de autocuidado guardan relación con la tenencia de ocupación de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.

2.6. Variables

2.6.1. Variable principal

Prácticas de autocuidado de los adultos mayores

2.6.2. Variables intervinientes

Grupo de edad

Género

Tenencia de conyugue

Tenencia de algún grado de escolaridad

Tenencia de ocupación

2.7. Operacionalización de las variables

Variable	Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición
VARIABLE PRINCIPAL				
Prácticas de Autocuidado	Nivel del autocuidado	Categórica	Autocuidado bueno =237-159 Autocuidado regular=158-80 Autocuidado deficiente=79-0	Ordinal Politómica
	Aspecto biológico	Categórica	Autocuidado bueno=213-143 Autocuidado regular=142-72 Autocuidado deficiente=71-0	Ordinal Politómica
	Aspecto psicosocial	Categórica	Autocuidado bueno=54-37 Autocuidado regular=36-19 Autocuidado deficiente=18-0	Ordinal Politómica
	Aspecto familiar	Categórica	Autocuidado bueno =24-17 Autocuidado regular=16-9 Autocuidado deficiente=8-0	Ordinal Politómica
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN				
Características Demográficas	Edad	Numérico	En años	De razón
	Género	Categórica	Varón Mujer	Nominal Dicotómica

Características Sociales	Estado civil	Categórica	Soltero(a) Conviviente Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)	Nominal Politómica
	Grado de instrucción	Categórica	Ninguna Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior	Ordinal Dicotómica
	Trabaja	Categórica	Si No	Nominal Dicotómica
	Religión	Categórica	Católico(a) Evangélico(a) Mormón(a) Testigo de Jehová Otros	Nominal Politómica
Características Familiares	Con quién vive	Categórica	Solo Con un hijo(a) Con sus nietos Con su esposo(a) Otros familiares	Nominal Politómica
	N° de hijos	Numérica	En cantidad	Discreta
	Tipo de relación con los hijos	Categórica	Buena Regular Mala Pésima	Ordinal Politómica
	Apoyo de los hijos	Categórica	Económico Compañía Quehaceres de la casa No le brindan apoyo	Nominal Dicotómica

Características del Estado de Salud	Tipo de seguro de salud	Categórica	SIS Es salud Particular Otros	Nominal Dicotómica
	Es el envejecimiento una enfermedad	Categórica	Si No	Nominal Dicotómica

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

Por el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue de tipo **prospectivo**, puesto que se recogieron datos del tiempo presente, de una fuente primaria.

De acuerdo al período y secuencia del estudio; fue **transversal** porque se estudió las variables en un solo período de tiempo.

Según el número de variables el presente estudio fue descriptivo-comparativo con componente **analítico**, se trabajó con una variable principal, posteriormente se usaron variables intervinientes para establecer relación.

Y según la intervención de la investigadora el presente estudio fue un estudio **observacional**, puesto que no hubo manipulación de variables.

3.1.1. Nivel de la investigación

La presente investigación, corresponde al nivel descriptivo, el cual según Achaerandio (2012) es aquella que estudia, interpreta y refiere los fenómenos, la investigación descriptiva es amplísima pues abarca todo tipo de correlación científica, estructuras variables independientes.

3.1.2. Diseño de la investigación

El diseño fue descriptivo, comparativo, tal como se muestra a continuación.



Dónde:

O = Adultos mayores

X = Prácticas de autocuidado

Y1 = Grupo de edad

Y2 = Genero

Y3 = Tenencia de conyugue

Y4 = Tenencia de algún grado de escolaridad

Y5 = Tenencia de ocupación

3.2. Población

La población estuvo conformada por 120 adultos mayores empadronados en el programa Pensión 65, en la jurisdicción del distrito de Pillcomarca, Centros poblado de Andabamba, Rosavero y Pitumama según los datos obtenidos del padrón de usuarios del mes de febrero del año 2017.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: Se incluyeron en el estudio a los adultos mayores que:

- Estuvieron inscritos en el programa pensión 65, pertenecientes a los Centros Poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama.
- Aceptaron firmar el consentimiento informado.
- Se encontraron lúcidos y orientados en, tiempo, espacio y persona.

Criterios de exclusión: No se consideró a los adultos mayores que:

- No aceptaron firmar el consentimiento informado
- No se encontraron en el área durante el estudio.
- Presentaron deterioro cognitivo

Ubicación de la población en espacio y tiempo

- **Ubicación en el espacio:** este estudio se ejecutó en los Centros Poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama Distrito de Pillcomarca, Provincia de Huánuco, ubicado en el Departamento de Huánuco.
- **Ubicación en el tiempo:** este estudio se realizó entre los meses de Marzo hasta Junio del 2017

3.3. Muestra y muestreo

Unidad de análisis

Las personas adultas mayores

3.3.1. Unidad de muestreo

Las personas adultas mayores

3.3.2. Marco muestral

Lista de padrón de usuarios adultos mayores beneficiarios del Programa Pensión 65.

3.3.3. Tamaño de muestra

Por ser la población pequeña se trabajó con la totalidad de ellos (N=120), por ello se le denominó población muestra o población censal.

3.3.4. Tipo de muestra

El tipo de muestro fue el no probabilístico, según criterio de la investigadora.

3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnica

La técnica aplicada fue la entrevista individualizada.

3.4.2. Instrumentos

- **Guía de entrevista (Anexo 01)**

Este instrumento consta de 12 reactivos, que se clasifican en 4 dimensiones: características demográficas (2 reactivos); características sociales (4 reactivos); características familiares (4 reactivos) y características del estado de salud (2 reactivos).

- **Escala de prácticas de autocuidado (Anexo 2)**

Esta escala fue elaborada por Zoila E. Leiton, según el sustento teórico de Orem (19835), Leitón y Ordoñez (2003) y los cambios del envejecimiento normal Papalia y col, (2009)⁸⁵

Dicho instrumento consta de 79 reactivos, que se dividen en 3 dimensiones denominados:

Aspecto biológico la cual se divide en 8 subdimensiones denominadas cuidado con los ojos (6 reactivos), oídos (6 reactivos), piel (11 reactivos), boca (6 reactivos), nutricional (6 reactivos), sueño (6 reactivos), memoria (6 reactivos) y eliminación (6 reactivos) haciendo un total de 53 reactivos con un puntaje de Autocuidado bueno=213-143, Autocuidado regular=142-72, Autocuidado deficiente=71-0.

En el aspecto psicosocial (18 reactivos) haciendo un puntaje de Autocuidado bueno=54-37, Autocuidado regular=36-19, Autocuidado deficiente=18-0.

Y en el aspecto familiar (8 reactivos). Haciendo un puntaje de Autocuidado bueno =24-17, Autocuidado regular=16-9, Autocuidado deficiente=8-0.

3.4.3. Validez y confiabilidad de los instrumentos

La escala del autocuidado fue validado en dos fases, una *cualitativa*, correspondiente a la creación de dichos instrumentos (validez de contenido) y otra *cuantitativa* que correspondió a la evaluación de las propiedades métricas (confiabilidad). A continuación se especifican cada uno de ellos.

a. Validez racional

Para asegurar la mejor representatividad de los ítems de los instrumentos de recolección de datos, se realizó la revisión de diversos antecedentes de investigación referidos a las variables en estudio (prácticas del autocuidado del adulto mayor), con la cual se pudo elaborar los instrumentos de medición.

b. Validación por jueces

La escala del autocuidado fue revisada por expertos en la atención de las PAMs, para lo cual se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- Pertinencia: los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador de la variable o variables en estudio.
- Suficiencia: los ítems de cada dimensión son suficientes.
- Claridad: los ítems son claros, sencillos y comprensibles para la muestra en estudio.
- Vigencia: los ítems de cada dimensión son vigentes.
- Objetividad: los ítems se verifican mediante una estrategia
- Estrategia: el método responde al objetivo del estudio.
- Consistencia: los ítems se pueden descomponer adecuadamente en variables e indicadores.

Los expertos y jueces revisores fueron seleccionados de modo interdisciplinario según el dominio de la temática en estudio (expertos en la

atención de las PAMs). Se les entregó la matriz de consistencia del proyecto, la hoja de instrucciones y los instrumentos de recolección de datos para la revisión respectiva. Los jueces expertos recomendaron separar el aspecto psicosocial en aspectos sociales y familiares. Al final los jueces y expertos firmaron una constancia de validación indicando su conformidad con la escala del autocuidado.

c. Validación por aproximación a la población

Los instrumentos de recolección de datos fueron sometidos a un primer piloto, para el cual se eligió una pequeña muestra de 5 PAMs con características similares a la muestra en estudio, con la finalidad de identificar si la redacción de los reactivos de la escala del autocuidado, son adecuadas para una buena comprensión de las mismas por parte de las personas entrevistadas. Igualmente, sirvió para detectar valores inesperados de las variables, considerar si la duración de los instrumentos es la adecuada o para superar otras dificultades que pueden presentarse en el proceso de recolección de datos y así evitar el sesgo de información.

d. Confiabilidad

Para determinar la confiabilidad de la escala del autocuidado, se realizó un segundo piloto a una muestra de 21 PAMs, elegidos según muestreo no probabilístico y según criterio del investigador, con características similares de la muestra en estudio, con el fin de elaborar una base de datos, con el cual se calculó la confiabilidad a través de la prueba Alfa Crombach; tal como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 01: Confiabilidad de la escala del autocuidado, mediante la prueba Alfa Crombach:

Dimensiones	Alfa
Aspecto biológico	0,81
Aspecto social	0,71
Aspecto familiar	0,82
Total	0, 78

Los resultados demostraron una aceptable confiabilidad de la escala del autocuidado, por tal se garantizó su aplicación a la muestra en estudio.

3.4.4. Procedimientos de recolección de datos

Autorización: para obtener la información del presente estudio se realizó coordinaciones con el gestor del Programa Pensión 65, responsable del área de Andabamba, Rosavero y Pitumama mediante la emisión de una solicitud con la finalidad de pedir la autorización correspondiente para que se nos proporcioné el marco muestral y proceder a la aplicación de los instrumentos de medición.

Aplicación de instrumentos: se capacitó a tres encuestadores para la recolección de los datos, de acorde a las características de las PAMs, en un primer momento se explicó el consentimiento informado, en el cual la muestra en estudio puso su firma respectiva y su huella digital aceptando participar en el estudio. Posteriormente se inició la aplicación de los instrumentos de medición según el cronograma de actividades, teniendo en cuenta que el tiempo promedio para la toma de datos sería aproximadamente 30 minutos.

3.4.5. Elaboración de datos

Se examinaron en forma crítica cada uno de los instrumentos que se utilizaron y se hizo control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias. Seguidamente se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas en los instrumentos respectivos, según las variables del estudio.

Posteriormente se realizó la **clasificación de los datos, de** acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal. Y finalmente se presentó los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

3.4.6. Análisis de los datos

Análisis descriptivo

Se usó un análisis descriptivo de interés en la posición y dispersión de la medida de los datos, de acuerdo a la necesidad del estudio; determinando

medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de proporciones para las variables categóricas. Para tal efecto se determinó las medidas de tendencia central, la media, moda y mediana; y para las medidas de dispersión la varianza.

Análisis inferencial

Se consideró el análisis bivariado a nivel categórico entre todas las variables (las variables numéricas fueron categorizadas de acuerdo a estándares conocidos y aprobados), con ello se pudo aplicar la prueba no paramétrica de X^2 , para variables categóricas; teniendo en cuenta el valor de la significancia estadística $p \leq 0,05$, con el 95% de confianza para determinar la relación que existe entre las variables. El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 23.0 para Windows.

3.4.7. Consideraciones éticas

La presente investigación se establece en base a los preceptos del Código de Ética y Deontología Profesional del Colegio de Enfermeros del Perú. Por tanto, se tomó en consideración los siguientes aspectos:

El respeto a la confidencialidad de los datos, confiriéndole seguridad, así como reserva a la información obtenida acerca de los sujetos con respecto a las variables medidas en ellos. En este sentido, los datos reportados por los sujetos están exceptos de identificación personal, lo cual resalta la condición de anonimato.

La investigadora asumió la responsabilidad de todos los aspectos de la investigación, por ende; fueron los responsables de responder todas las inquietudes e interrogantes que puedan presentarse. Además, las investigadoras se cercioraron de que cada uno de los participantes se encuentre libre de coacción indicando el carácter voluntario de su participación. Se remarcó el empleo de la beneficencia, no maleficiencia, autonomía, justicia, fidelidad y la veracidad.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivos

Tabla 1. Características demográficas de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

Característica demográficas	n= 120	
	fi	%
Grupo de edad		
Adulto mayor (66-79 años)	91	75,8
Adulto frágil (80 a más años)	29	24,2
Género		
Masculino	52	43,3
Femenino	68	56,7

Fuente. Guía de entrevista de las características generales de las PAMs (Anexo 01).

La tabla 1 sobre las características demográficas de los adultos mayores en estudio, respecto al grupo de edad, las tres cuartas partes pertenecen al grupo de adultos mayores entre 66 y 79 años [75,8% (91)], frente al 24,2% (29) de adultos frágiles de 80 años a más. De acuerdo al género, más de la mitad son féminas [56,7% (68)] y, 43,3% (52) pertenecen al género masculino.

Tabla 2. Promedio de edad de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

Género	x	Mediana (Q2)	DE	Min.	Max	Moda
Masculino	75,38	74	7,93	67	98	68
Femenino	73,47	73	5,69	66	90	68

Fuente. Guía de entrevista de las características generales de las PAMs (Anexo 01).

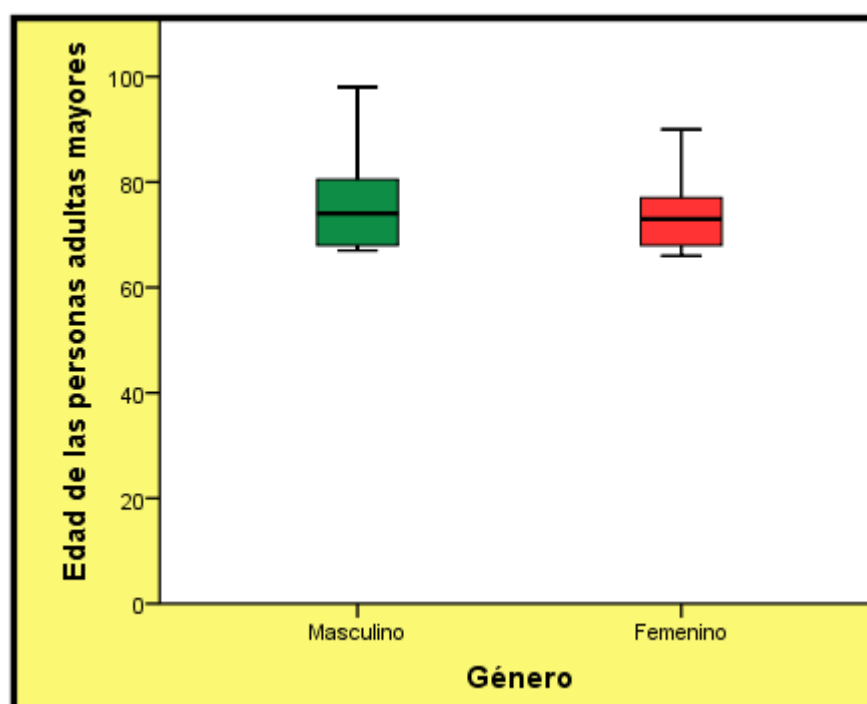


Figura 1. Representación gráfica de la edad en años de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

La tabla 2 y figura 1 acerca del promedio de edad de los adultos mayores en estudio, se observa que, en el género masculino, la edad tanto mínima como máxima fueron 67 y 98 años respectivamente, con un promedio de edad alrededor de 75 años (DE= 7,93); mientras que en las féminas la edad mínima fue 66 años y la máxima 90 años, con una media alrededor de 73 años con una desviación estándar de 5,69.

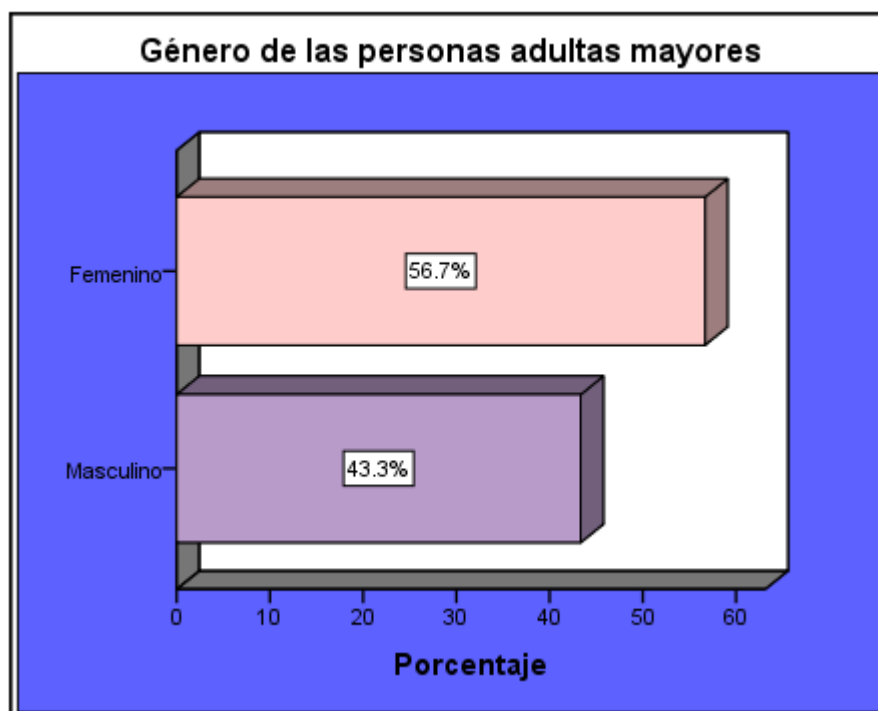


Figura 2. Representación gráfica del género de las personas adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65, Huánuco 2017

La figura 2 acerca del género de las personas adultas mayores en estudio, se aprecia que, una importante proporción son féminas [56,7% (68)], frente al 43,3% (52) que pertenecen al género masculino.

Tabla 3. Características sociales de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

Característica demográficas	n= 120	
	fi	%
Estado civil		
Soltero(a)	14	11,7
Conviviente	10	8,3
Casado(a)	59	49,2
Divorciado(a)	5	4,2
Viudo(a)	32	26,7
Grado de instrucción		
Ninguna	33	27,5
Primaria incompleta	54	45,0
Primaria completa	25	20,8
Secundaria incompleta	5	4,2
Secundaria completa	3	2,5
Tenencia de alguna ocupación		
Sí	44	36,7
No	76	63,3
Tipo de ocupación		
Comerciante	12	10,0
Agricultor	22	18,3
Ganadero	2	1,7
Construcción civil	4	3,3
Estibador	1	0,8
Guardián	1	0,8
Religión que profesa		
Católico	66	55,0
Evangélico	47	39,2
Mormón	2	1,7
Testigo de Jehová	1	0,8
Otros	4	3,3

Fuente. Guía de entrevista de las características generales de las PAMs (Anexo 01).

La tabla 3 acerca de las características sociales de las personas adultos mayores en estudio, en cuanto al estado civil, 11,7% (14) se encuentran soltero (a), 8,3% (10) conviven, alrededor de la mitad es casado (a) [49,2% (59)], 4,2% (5) divorciado (a) y, 26,7% (32) es viudo (a). Referente al grado de instrucción, más de la cuarta parte no cuentan con un grado de instrucción [27,5% (14)], sin embargo, 45,0% (54) cuentan con primaria incompleta, 20,8% (25) primaria completa, 4,2% (5) secundaria incompleta y, solo 2,5% (3) con secundaria completa.

Sobre la tenencia de alguna ocupación, alrededor de las terceras partes cuentan con una ocupación [36,7% (44)], de las cuales, son comerciantes [10,0% (12)], agricultor [18,3% (22)], ganadero [1,7% (2)], construcción civil [3,3% (4)] y, estibador y guardián [0,8% (1) respectivamente]. Por último, acerca de la religión que profesa, más de la mitad profesan la religión católica [55,0% (66)], 39,2% (47) son evangélicos, 1,7% (2) mormón, 0,8% (1) testigo de Jehová y, solo 3,3% (4) profesan otras religiones.

Tabla 4. Características familiares de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

Característica familiares	n= 120	
	fi	%
Con quién vive Usted actualmente		
Solo	9	7,5
Con un hijo(a)	45	37,5
Con sus nietos	9	7,5
Con su esposo(a)	51	42,5
Otros familiares	6	5,0
Número de hijos		
0-3 hijos	38	31,7
4-8 hijos	67	55,8
9 a más hijos	15	12,5
Tipo de relación con los hijos		
Buena	102	85,0
Regular	13	10,8
Mala	5	4,2
Apoyo que recibe de los hijos		
Económico	50	41,7
Compañía	56	46,7
Quehaceres de la casa	2	1,7
No le brindan apoyo	12	10,0

Fuente. Guía de entrevista de las características generales de las PAMs (Anexo 01).

En la tabla 4 sobre las características familiares de las personas adultos mayores en estudio, respecto a con quien vive actualmente, 7,5% (9) viven solos y con sus nietos, respectivamente; 37,5% (45) con un hijo (a); 42,5% (51) con su esposo (a) y; solo 5,0% (6) con otros familiares. En relación al número de hijos, alrededor de la tercera parte tiene de 0 a 3 hijos [31,7% (38)]; el 55,8% (67) tienen de 4 a 8 hijos y; 12,5% (15) tiene de 9 a más hijos.

En cuanto al tipo de relación con los hijos, una importante proporción de la muestra tiene una buena relación con sus hijos [85,0% (102)], seguido de 10,8% (13) que tiene una relación regular y, solo el 4,2% (5) de ellos tiene una mala relación con sus hijos. Referente al apoyo que recibe de los hijos, 41,7% (50) reciben apoyo económico; 46,7% (56) los acompañan; solo 1,7% (2) los apoyan en los quehaceres de la casa y, 10,0% (12) no les brindan un apoyo.

Tabla 5. Características del estado de salud de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

Característica del estado de salud	n= 120	
	fi	%
Tipo de seguro de salud		
Seguro integral de salud	120	100,0
El envejecimiento es un enfermedad		
Si	24	20,0
No	96	80,0

Fuente. Guía de entrevista de las características generales de las PAMs (Anexo 01).

En la tabla 5 sobre las características del estado de salud de las personas adultos mayores en estudio, todos ellos cuentan con el seguro integral de salud [100,0% (120)]. Mientras que una importante proporción refirieron que el envejecimiento no es una enfermedad [80,0% (96)], frente a 20,0% (24) que piensan que el envejecimiento es una enfermedad.

ASPECTOS BIOLOGICOS

Tabla 6. Dimensión cuidado de los ojos como aspecto biológico del autocuidado según percepción de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

Cuidado de los ojos	n= 120			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Realizar manualidades o lecturas en sitios bien iluminados (luz artificial o natural).	87	72,5	33	27,5
Ilumina bien su hogar, especialmente por las noches.	117	97,5	3	2,5
Evita pasar bruscamente de la oscuridad a la luz, esperando hasta que se adapte a los cambios de luz antes de seguir caminando.	94	78,3	26	21,7
Tiene ayudas visuales como lentes de aumento, libros, calendarios y juegos de letras grandes.	110	91,7	10	8,3
Visita al oculista por lo menos una vez al año.	105	87,5	15	12,5
Acude al médico inmediatamente si presenta pérdida brusca de la visión, dolor, visión doble, inflamación, lagrimeo, etc.	69	57,5	51	42,5

Fuente. Escala de prácticas de autocuidado de LEITON (Anexo 02).

La tabla 6 sobre la dimensión cuidado de los ojos como aspecto biológico del autocuidado según percepción de las personas adultos mayores en estudio, se observa que, importantes proporciones de ellos realizan manualidades o lecturas en sitios bien iluminados (luz artificial o natural), ilumina bien su hogar, especialmente por las noches, evita pasar bruscamente de la oscuridad a la luz, esperando hasta que se adapte a los cambios de luz antes de seguir caminando, tiene ayudas visuales como lentes de aumento, libros, calendarios y juegos de letras grandes, visita al oculista por lo menos una vez al año y, acude al médico inmediatamente si

presenta pérdida brusca de la visión, dolor, visión doble, inflamación, lagrimeo, etc. [72,5% (87); 97,5% (117); 78,3% (94); 91,7% (110); 87,5% (105); 57,5% (69)]. Por otro lado en menor proporción no realizan dichas prácticas.

Tabla 7. Dimensión cuidado de los oídos como aspecto biológico del autocuidado según percepción de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

Cuidado con los oídos	n= 120			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Limpia el cerumen del oído usando hisopos de algodón, ganchos de cabellos, palitos de fósforos, etc.	36	30,0	84	70,0
Evita los ruidos fuertes.	92	76,7	28	23,3
Usa remedios caseros o indicados por el farmacéutico, familiares o amigos en caso de mareos, pérdida del equilibrio, zumbido de oído, etc.	54	45,0	66	55,0
Se levanta rápidamente de la cama (de estar acostado a ponerse de pie).	73	60,8	47	39,2
Visita al médico de los oídos por lo menos una vez al año.	119	99,2	1	0,8
Acude al médico inmediatamente si presenta dificultades para oír, no comprende las palabras que le dicen o pide que lo repitan.	119	99,2	1	0,8

Fuente. Escala de prácticas de autocuidado de LEITON (Anexo 02).

En la tabla 7 acerca de la dimensión cuidado de los oídos como aspecto biológico del autocuidado según percepción de las personas adultos mayores en estudio, se aprecia que, alrededor de las tres cuartas partes [70,0% (84)] no limpia el cerumen del oído usando hisopos de algodón, ganchos de cabellos, palitos de fósforos, etc.

Mientras que en gran proporción, evitan los ruidos fuertes [76,7% (92)]; usan remedios caseros o indicados por el farmacéutico, familiares o amigos en caso de mareos, pérdida del equilibrio, zumbido de oído, etc. [45,0% (54)]; se levantan rápidamente de la cama (de estar acostado a

ponerse de pie) [60,8% (73)]; visita al médico de los oídos por lo menos una vez al año y, acude al médico inmediatamente si presenta dificultades para oír, no comprende las palabras que le dicen o pide que lo repitan. [99,2% (119) respectivamente]. Mientras que en menor proporción no realizan dichas prácticas.

Tabla 8. Dimensión cuidado de la piel como aspecto biológico del autocuidado según percepción de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

Cuidado de la piel	n= 120			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Se da un baño completo por lo menos 3 veces por semana.	24	20,0	96	80,0
Se da masajes por todo el cuerpo de preferencia en codos, coxis y rodillas.	118	98,3	2	1,7
Utiliza crema o aceite de bebé para su piel.	90	75,0	30	25,0
Seca su piel suavemente sin frotar y se asegura que los pliegues del cuerpo queden bien secos especialmente entre los dedos de los pies.	98	81,7	22	18,3
Examina su piel por lo menos 1ves/mes en busca de lesiones, grietas, manchas, enrojecimiento, o aparición o cambio en lunares.	119	99,2	1	0,8
Usa compresas o botellas de agua caliente para calentarse.	117	97,5	3	2,5
Usa generalmente zapatos cómodos (no apretados, de taco bajo, suaves)	61	50,8	59	49,2
Realiza ejercicios de piernas y pies por lo menos 3/v por semana.	101	84,2	19	15,8
Se cambia de medias todos los días.	114	95,0	6	5,0
Camina sin zapatos.	107	89,2	13	10,8
Corta y lima las uñas de sus pies en línea recta, sin redondear las esquinas.	106	88,3	14	11,7

Fuente. Escala de prácticas de autocuidado de LEITON (Anexo 02).

En la tabla 8 sobre la dimensión cuidado de la piel como aspecto biológico del autocuidado según percepción de las personas adultos

mayores en estudio, se evidencia que, más de las tres cuartas partes no se da un baño completo por lo menos 3 veces por semana [80,0% (96)].

Por otro lado, 98,35 (118) se da masajes por todo el cuerpo de preferencia en codos, coxis y rodillas; 75,0% (90) utiliza crema o aceite de bebé para su piel; 81,7% (98) seca su piel suavemente sin frotar y se asegura que los pliegues del cuerpo queden bien secos especialmente entre los dedos de los pies; 99,2% (119) examina su piel por lo menos 1ves/mes en busca de lesiones, grietas, manchas, enrojecimiento, o aparición o cambio en lunares; 97,5% (117) usa compresas o botellas de agua caliente para calentarse; 50,8% (61) usa generalmente zapatos cómodos (no apretados, de taco bajo, suaves); 84,2% (101) realiza ejercicios de piernas y pies por lo menos 3/v por semana; 95,0% (114) se cambia de medias todos los días; 89,2% (107) camina sin zapatos y; 88,3% (106) corta y lima las uñas de sus pies en línea recta, sin redondear las esquinas. Mientras que en menor proporción no realizan dichas prácticas.

Tabla 9. Dimensión cuidado de la boca como aspecto biológico del autocuidado según percepción de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

Cuidado de la boca	n= 120			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Se cepilla los dientes o dentadura postiza después de cada comida.	99	82,5	21	17,5
Usa hilo dental para retirar los restos de alimentos.	85	70,8	35	29,2
Visita al dentista por lo menos cada año.	103	85,8	17	14,2
Visita al médico cuando presenta dolor, caries, encías rojas, mal aliento o sangrado al cepillarse, etc.	119	99,2	1	0,8
Usa pasta dental o bicarbonato para el cepillado de sus dientes.	116	96,7	4	3,3
Cambia de cepillo cuando las cerdas están gastadas o abiertas (Se confirma la respuesta, si se pregunta después de cuánto tiempo cambia su cepillo = máximo cada 6 meses).	118	98,3	2	1,7

Fuente. Escala de prácticas de autocuidado de LEITON (Anexo 02).

La tabla 9 sobre la dimensión cuidado de la boca como aspecto biológico del autocuidado según percepción de las personas adultos mayores en estudio, se observa que, importantes proporciones se cepilla los dientes o dentadura postiza después de cada comida, usa hilo dental para retirar los restos de alimentos, Visita al dentista por lo menos cada año, visita al médico cuando presenta dolor, caries, encías rojas, mal aliento o sangrado al cepillarse, etc., usa pasta dental o bicarbonato para el cepillado de sus dientes, cambia de cepillo cuando las cerdas están gastadas o abiertas (Se confirma la respuesta, si se pregunta después de cuánto tiempo cambia su cepillo = máximo cada 6 meses) [82,5% (99); 70,8% (85); 85,8%

(103); 99,2% (119); 96,7% (116); 98,3% (118) respectivamente]. Por otro lado en menor proporción no realizan dichas prácticas.

Tabla 10. Dimensión cuidado nutricional como aspecto biológico del autocuidado según percepción de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

Cuidado nutricional	n= 120			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Ingiera una dieta balanceada y variada todos los días (por lo menos 10 alimentos diferentes: carnes (pollo, pescado, res, soya), productos lácteos descremados (queso, leche, yogurt, kuaker, fruta, jugos naturales, verduras (3), pan, fideos, mantequilla, papa, yuca, camote, menestras, etc.	120	100,0	0	0,0
Le gusta comer papas fritas, pollo a la brasa, hotdog, etc.	118	98,3	2	1,7
Ingiera 1 a 2 litros de líquidos diarios.	109	90,8	11	9,2
Consume dulces, postres, chocolates o más de 10 cucharaditas diarias de azúcar en sus alimentos.	120	100,0	0	0,0
Evita el consumo excesivo de alcohol (más de 30 ml/d).	119	99,2	1	0,8
Mantiene su peso ideal o el recomendado.	120	100,0	0	0,0

Fuente. Escala de prácticas de autocuidado de LEITON (Anexo 02).

En la tabla 10 sobre la dimensión cuidado nutricional como aspecto biológico del autocuidado según percepción de las personas adultos mayores en estudio, se evidencia que, todos ellos ingiere una dieta balanceada y variada todos los días (por lo menos 10 alimentos diferentes: carnes (pollo, pescado, res, soya), productos lácteos descremados (queso, leche, yogurt, kuaker, fruta, jugos naturales, verduras (3), pan, fideos, mantequilla, papa, yuca, camote, menestras, etc., consume dulces, postres, chocolates o más de 10 cucharaditas diarias de azúcar en sus alimentos y,

mantiene su peso ideal o el recomendado [100,0% (120)]; en tanto, una importante proporción [98,3% (118)] le gusta comer papas fritas, pollo a la brasa, hotdog, etc.; 90,8% (109) ingiere 1 a 2 litros de líquidos diarios y, 99,2% (119) evita el consumo excesivo de alcohol (más de 30 ml/d). Mientras que en menor proporción no realizan dichas prácticas.

Tabla 11. Dimensión cuidado del sueño como aspecto biológico del autocuidado según percepción de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

Cuidado con el sueño	n= 120			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Duerme por lo menos 4 horas seguidas en la noche.	105	87,5	15	12,5
Se levanta y se acuesta todos los días a la misma hora.	112	93,3	8	6,7
Consume una dieta liviana por las noches.	107	89,2	13	10,8
Consume alcohol, tabaco, café cerca de la hora de dormir.	96	80,0	24	20,0
Antes de dormir. Lee, escucha música, ve películas agradables, medita o reza para favorecer su sueño.	103	85,8	17	14,2
Toma algún medicamento para dormir sin indicación médica.	107	89,2	13	10,8

Fuente. Escala de prácticas de autocuidado de LEITON (Anexo 02).

La tabla 11 sobre la dimensión cuidado con el sueño como aspecto biológico del autocuidado según percepción de las personas adultos mayores en estudio, se observa que, importantes proporciones consume una dieta liviana por las noches y, toma algún medicamento para dormir sin indicación médica [89,2% (107) respectivamente]; duerme por lo menos 4 horas seguidas en la noche [87,5% (105)]; se levanta y se acuesta todos los días a la misma hora [93,3% (112)]; consume alcohol, tabaco, café cerca de la hora de dormir [80,0% (96)] y; antes de dormir lee, escucha música, ve películas agradables, medita o reza para favorecer su sueño [85,8% (103)]. Mientras que en menor proporción no realizan dichas prácticas.

Tabla 12. Dimensión cuidado de la memoria como aspecto biológico del autocuidado según percepción de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

Cuidado con la memoria	n= 120			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Realiza algún ejercicio o alguna ayuda para mejorar su memoria como: intenta memorizar, visualizando los rostros de personajes de la TV, revistas o personas que han sido presentadas recientemente.	119	99,2	1	0,8
Cuando le presentan a una persona intenta recordar su nombre asociándolo con algo conocido.	113	94,2	7	5,8
Tiene un lugar fijo para colocar sus llaves, medicinas, dinero, etc.	117	97,5	3	2,5
Al acostarse visualiza a “modo de película” todo lo que ha realizado durante el día.	115	95,8	5	4,2
Le gusta comentar noticias o cosas que ha visto, leído, o escuchado.	119	99,2	1	0,8
Esta al día con las noticias o novedades.	111	92,5	9	7,5

Fuente. Escala de prácticas de autocuidado de LEITON (Anexo 02).

La tabla 12 sobre la dimensión cuidado de la memoria como aspecto biológico del autocuidado según percepción de las personas adultos mayores en estudio, se aprecia que, casi en su totalidad la muestra realiza algún ejercicio o alguna ayuda para mejorar su memoria como: intenta memorizar, visualizando los rostros de personajes de la TV, revistas o personas que han sido presentadas recientemente y le gusta comentar noticias o cosas que ha visto, leído, o escuchado [99,2% (119)]; 94,2% (113) cuando le presentan a una persona intenta recordar su nombre asociándolo con algo conocido; 97,5% (117) tiene un lugar fijo para colocar sus llaves, medicinas, dinero, etc.; 95,8% (115) al acostarse visualiza a “modo de

película” todo lo que ha realizado durante el día y; 92,5% (111) está al día con las noticias o novedades. Por otro lado en menor proporción no realizan dichas prácticas.

Tabla 13. Dimensión cuidado de la eliminación como aspecto biológico del autocuidado según percepción de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

Cuidado con la eliminación	n= 120			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Va a orinar al levantarse, antes de acostarse y antes o después de las comidas.	107	89,2	13	10,8
Realiza ejercicios para mejorar su micción (como contraer los músculos alrededor del ano, manteniéndolos en tensión un momento (cuenta hasta diez y luego los relaja los músculos).	115	95,8	5	4,2
Consume todos los días bebidas como café, coca cola, te, alcohol, o bebidas con edulcorantes artificiales.	104	86,7	16	13,3
Mantiene un horario fijo para hacer su deposición.	118	98,3	2	1,7
Usa laxantes, enema o aceites sin indicación médica para favorecer la defecación.	118	98,3	2	1,7
Consume diariamente frutas, jugos, verduras, frijoles, brócoli, pan integral, etc.	106	88,3	14	11,7

Fuente. Escala de prácticas de autocuidado de LEITON (Anexo 02).

La tabla 13 sobre la dimensión cuidado con el sueño como aspecto biológico del autocuidado según percepción de las personas adultos mayores en estudio, se evidencia que, importantes proporciones mantiene un horario fijo para hacer su deposición y, usa laxantes, enema o aceites sin indicación médica para favorecer la defecación [98,3% (118) respectivamente]; va a orinar al levantarse, antes de acostarse y antes o después de las comidas [89,2% (107)]; realiza ejercicios para mejorar su

micción (como contraer los músculos alrededor del ano, manteniéndolos en tensión un momento (cuenta hasta diez y luego los relaja los músculos) [95,8% (115)]; consume todos los días bebidas como café, coca cola, te, alcohol, o bebidas con edulcorantes artificiales. [86,7% (104)] y; consume diariamente frutas, jugos, verduras, frijoles, brócoli, pan integral, etc. [88,3% (106)]. Mientras que en menor proporción no realizan dichas prácticas.

ASPECTOS PSICOSOCIALES**Tabla 14. Aspecto psicosocial según percepción de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017**

Aspecto psicosocial	n= 120			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Se reúne con sus amigos/as, vecinos/as para conversar y pasar momentos agradables.	117	97,5	3	2,5
Realiza actividades sociales recreativas (paseos, fiestas, cumpleaños, visitas, juego de cartas, etc.).	105	87,5	15	12,5
Realiza actividades productivas (jardinería, pintura, carpintería, manualidades, etc.).	115	95,8	5	4,2
¿Ha dejado de interesarle cosas y actividades que antes hacía?	120	100,0	0	0,0
Tiene deseos de seguir viviendo.	120	100,0	0	0,0
Está satisfecho con su vida.	120	100,0	0	0,0
Hace todo lo posible para adaptarse ante algo nuevo o cambio.	119	99,2	1	0,8
Acepta su vida con sus triunfos y fracasos.	117	97,5	3	2,5
Se enfrenta con valor y entusiasmo a los cambios y disminuciones que se presentan en la vejez.	120	100,0	0	0,0
Mantiene un buen sentido del humor, ríe, es optimista y vive con alegría.	119	99,2	1	0,8
Está insatisfecho o inconforme por la vida sexual que tiene ahora.	94	78,3	26	21,7
Expresa sus sentimientos de amor, alegría, cólera, pena, etc.	120	100,0	0	0,0
Se preocupa por mantener una buena apariencia personal (limpio/a, arreglado/a,	107	89,2	13	10,8

etc.).

Se mantiene interesado en aprender cosas nuevas.	118	98,3	2	1,7
Se siente valioso, útil, e importante a pesar de los cambios de su edad.	115	95,8	5	4,2
Tiene miedo a la muerte.	120	100,0	0	0,0
Cuando piensa en la muerte la acepta como algo natural de la vida.	119	99,2	1	0,8
Fortalece su espiritualidad y su fe meditando, orando o participando en su iglesia o grupo religioso.	87	72,5	33	27,5

Fuente. Escala de prácticas de autocuidado de LEITON (Anexo 02).

La tabla 14 sobre el aspecto psicosocial según percepción de las personas adultos mayores en estudio, se aprecia que, una importante proporción [97,5% (117)] se reúne con sus amigos/as, vecinos/as para conversar y pasar momentos agradables y, acepta su vida con sus triunfos y fracasos, respectivamente; en su totalidad [100,0% (120)] ha dejado de interesarle cosas y actividades que antes hacía, tiene deseos de seguir viviendo, está satisfecho con su vida, se enfrenta con valor y entusiasmo a los cambios y disminuciones que se presentan en la vejez, expresa sus sentimientos de amor, alegría, cólera, pena, etc. y, tiene miedo a la muerte; un 99,2% (119) hace todo lo posible para adaptarse ante algo nuevo o cambio, mantiene un buen sentido del humor, ríe, es optimista y vive con alegría y, cuando piensa en la muerte la acepta como algo natural de la vida; 87,5% (105) realiza actividades sociales recreativas (paseos, fiestas, cumpleaños, visitas, juego de cartas, etc.); 95,8% (115) realiza actividades productivas (jardinería, pintura, carpintería, manualidades, etc.) y, se siente valioso, útil, e importante a pesar de los cambios de su edad; 78,3% (94) está insatisfecho o inconforme por la vida sexual que tiene ahora; 89,2% (107) se preocupa por mantener una buena apariencia personal (limpio/a, arreglado/a, etc.); 98,3% (118) se mantiene interesado en aprender cosas nuevas y, 72,5% (87) fortalece su espiritualidad y su fe meditando, orando o participando en su iglesia o grupo religioso. Mientras que una mínima proporción de la muestra no realizaron dichas prácticas.

Tabla 15. Aspecto familiar según percepción de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

Aspecto familiar	n= 120			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Se reúne con sus familiares (pareja, hijos, nietos, hermanos, etc.) para conversar, aconsejar o disfrutar de su tiempo libre.	119	99,2	1	0,8
Transmite su experiencia, habilidades y talentos a sus familiares, amigos o a quien se lo pida.	86	71,7	34	28,3
Brinda muestras de cariño a sus familiares y amigos.	117	97,5	3	2,5
Se adapta ante la ausencia o pérdida de su pareja, hijos, familiares o amigos.	116	96,7	4	3,3
Acepta de buen agrado su nuevo rol dentro de su familia.	119	99,2	1	0,8
Permite que sus familiares u otras personas tomen decisiones por usted.	111	92,5	9	7,5
Permite que sus familiares u otras personas se burlen, le insulten o le falte el respeto.	107	89,2	13	10,8
Realiza actividades para ayudar a sus familiares, amigos o vecinos.	115	95,8	5	4,2

Fuente. Escala de prácticas de autocuidado de LEITON (Anexo 02).

En la tabla 15 acerca del aspecto familiar según percepción de las personas adultos mayores en estudio, se observa que, una gran proporción [99,2% (119)] se reúne con sus familiares (pareja, hijos, nietos, hermanos, etc.) para conversar, aconsejar o disfrutar de su tiempo libre y, acepta de buen agrado su nuevo rol dentro de su familia, respectivamente; 71,7% (86) transmite su experiencia, habilidades y talentos a sus familiares, amigos o a quien se lo pida; 97,5% (117) brinda muestras de cariño a sus familiares y

amigos; 96,7% (116) se adapta ante la ausencia o pérdida de su pareja, hijos, familiares o amigos; 92,5% (111) permite que sus familiares u otras personas tomen decisiones por usted; 89,2% (107) permite que sus familiares u otras personas se burlen, le insulten o le falte el respeto y; 95,8% (115) realiza actividades para ayudar a sus familiares, amigos o vecinos. Mientras que una mínima proporción de la muestra no realizaron dichas prácticas.

Tabla 16. Nivel de autocuidado según sus dimensiones, percibidas por los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

Dimensiones	n= 120					
	Bueno		Regular		Deficiente	
	fi	%	fi	%	fi	%
Aspecto biológico	68	56,7	44	36,7	8	6,7
Aspecto social	58	48,3	51	42,5	11	9,2
Aspecto familiar	63	52,5	55	45,8	2	1,7

Fuente. Escala de prácticas de autocuidado de LEITON (Anexo 02).

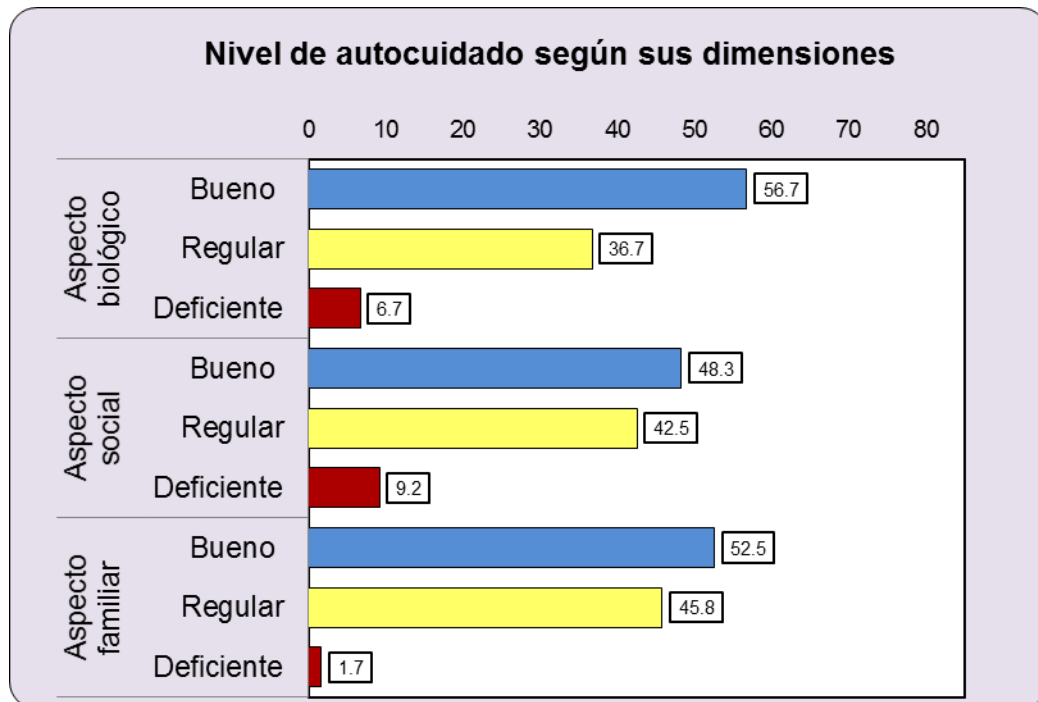


Figura 3. Representación gráfica de la práctica de autocuidado según sus dimensiones, percibidas por los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

La tabla 16 y figura 3 sobre la práctica de autocuidado según sus dimensiones percibidas por las personas adultas mayores en estudio, se aprecia que, una gran proporción de la muestra realizaron prácticas buenas

en el aspecto biológico [56,7% (68)]; aspecto social [48,3% (58)] y, en el aspecto familiar [52,5% (63)] respectivamente.

Tabla 16. Nivel de autocuidado según percepción de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

Nivel de autocuidado	n= 120	
	fi	%
Bueno	58	48,3
Regular	54	45,0
Deficiente	8	6,7

Fuente. Escala de prácticas de autocuidado de LEITON (Anexo 02).

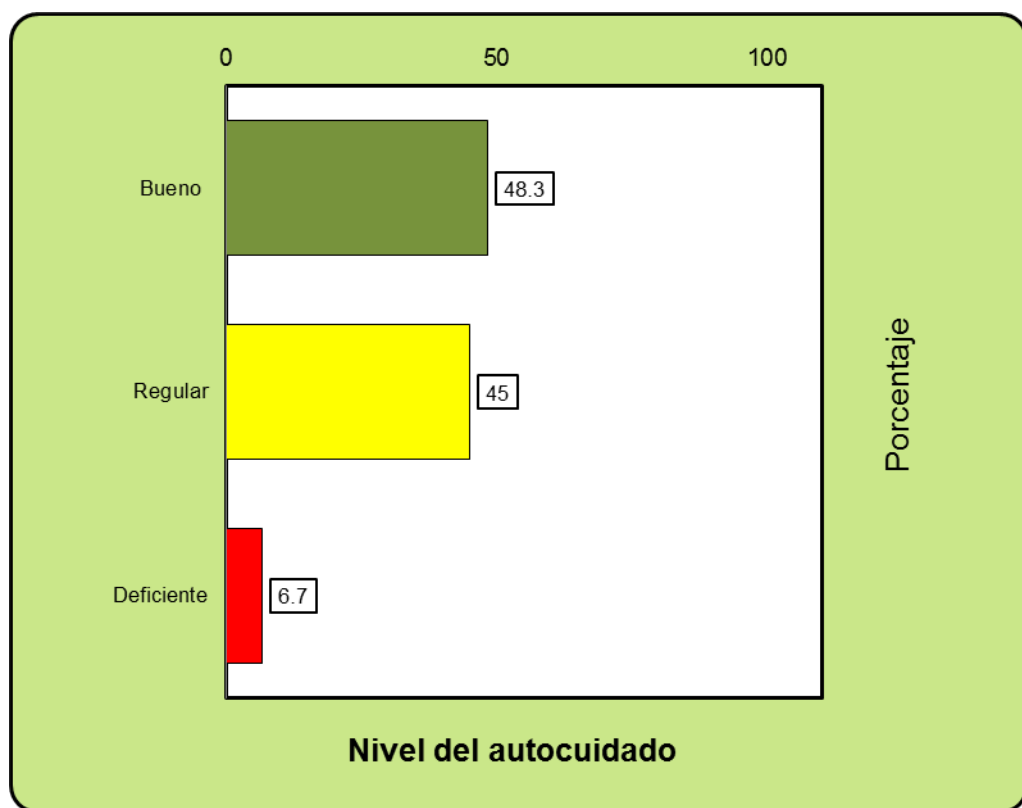


Figura 4. Representación gráfica de las prácticas autocuidado según percepción de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

La tabla 17 y figura 4 acerca del nivel de autocuidado según percepción de las personas adultas mayores en estudio, se evidencia que, una gran proporción realizan prácticas buenas de autocuidado [48,3% (58)];

sin embargo, 45,0% (54) de los adultos mayores realizan una práctica regular y, solo 6,7% (8) realizan prácticas deficientes.

4.2. Comprobación de hipótesis

Tabla 17. Prácticas de autocuidado según grupo de edad de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

Prácticas de autocuidado	Grupo de edad				X ²	GL	p-valor
	Adulto mayor		Adulto frágil				
	fi	%	fi	%			
Buenas	44	36,7	14	11,7	7,355	2	0,025
Regulares	44	36,7	10	8,3			
Deficientes	3	2,5	5	4,2			
Total	91	75,8	29	24,2			

Fuente. Escala de prácticas de autocuidado de LEITON (Anexo 02).

Al analizar las prácticas de autocuidado y el grupo de edad de las personas adultos mayores en estudio, se observa que una importante proporción [36,7% (44)], pertenecen al grupo de adultos mayores, quienes realizan una práctica de autocuidado buenos y regulares, respectivamente.

Comprobando la relación entre dichas variables, mediante la prueba de independencia de Chi cuadrado, se halló un valor calculado de 7,355 para 2 grados de libertad, con significancia ($p = 0,025$); con lo que se rechazó la hipótesis nula, determinando la relación de dichas variables.

Tabla 18. Prácticas de autocuidado según género de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

Prácticas de autocuidado	Género				X ²	GL	p-valor
	Masculino		Femenino				
	fi	%	fi	%			
Buenas	27	22,5	31	25,8	0,824	2	0,662
Regulares	21	17,5	33	27,5			
Deficientes	4	3,3	4	3,3			
Total	52	43,3	68	56,7			

Fuente. Escala de prácticas de autocuidado de LEITON (Anexo 02).

Evaluando las prácticas de autocuidado y el género de las personas adultos mayores en estudio, se aprecia que, 27,5% (33) son del género femenino, quienes a la vez realizan una práctica de autocuidado de nivel bueno.

Al corroborar la relación entre dichas variables, mediante la prueba de independencia de Chi cuadrado, se halló un valor calculado de 0,824 para 2 grados de libertad, sin significancia ($p = 0,662$); con lo que se aceptó la hipótesis nula, determinando la independencia de dichas variables.

Tabla 19. Prácticas de autocuidado según la tenencia de conyugue de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

Prácticas de autocuidado	Tenencia de cónyuge				X ²	GL	p-valor
	Si		No				
	fi	%	fi	%			
Buenas	34	28,3	24	20,0	3,776	2	0,151
Regulares	33	27,5	21	17,5			
Deficientes	2	1,7	6	5,0			
Total	69	57,5	51	42,5			

Fuente. Escala de prácticas de autocuidado de LEITON (Anexo 02).

Al contrastar las prácticas de autocuidado y la tenencia de conyugue de las personas adultos mayores en estudio, se evidencia que, 28,3% (34) tienen conyugues, quienes a la vez, realizan una práctica buena de autocuidado.

Al corroborar la relación entre dichas variables, mediante la prueba de independencia de Chi cuadrado, se halló un valor calculado de 3,776 para 2 grados de libertad, sin significancia ($p = 0,151$); por lo que, se aceptó la hipótesis nula, determinando la independencia de dichas variables.

Tabla 20. Prácticas de autocuidado según la tenencia de algún grado de instrucción de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

Prácticas de autocuidado	Tenencia de algún grado de instrucción				X ²	GL	p-valor
	Si		No				
	fi	%	fi	%			
Buenas	45	37,5	13	10,8	2,907	2	0,234
Regulares	38	31,7	16	31,7			
Deficientes	4	3,3	4	3,3			
Total	87	72,5	33	27,5			

Fuente. Escala de prácticas de autocuidado de LEITON (Anexo 02).

Evaluando la relación entre las prácticas de autocuidado y la tenencia de algún grado de instrucción de las personas adultos mayores en estudio, se aprecia que, el 37,5% (45) cuentan con un grado de instrucción, quienes a la vez realizan una práctica buena de autocuidado.

Comprobando la relación entre dichas variables, mediante la prueba de independencia de Chi cuadrado, se halló un valor calculado de 2,907 para 2 grados de libertad, sin significancia ($p = 0,234$); con lo que se aceptó la hipótesis nula, determinando la independencia de dichas variables.

Tabla 21. Prácticas de autocuidado según la tenencia de ocupación de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017

Prácticas de autocuidado	Tenencia de ocupación				X ²	GL	p-valor
	Si		No				
	fi	%	fi	%			
Buenas	23	19,2	35	29,2	0,743	2	0,690
Regulares	19	15,8	35	29,2			
Deficientes	2	1,7	6	5,0			
Total	44	36,7	76	63,3			

Fuente. Escala de prácticas de autocuidado de LEITON (Anexo 02).

Al analizar las prácticas de autocuidado y la tenencia de ocupación de las personas adultos mayores en estudio, se aprecia que, 29,2% (35) no cuentan con una ocupación, quienes a la vez, realizan una práctica de autocuidado buenos y regulares, respectivamente.

Al corroborarla relación entre dichas variables, mediante la prueba de independencia de Chi cuadrado, se halló un valor calculado de 0,743 para 2 grados de libertad, sin significancia ($p = 0,690$); por lo que, se aceptó la hipótesis nula, determinando la independencia de dichas variables.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Es bien conocido que la mayoría de los adultos mayores sufre problemas de naturaleza física, mental, social y económica lo que implica una considerable demanda de servicios de salud y aumento en el costo de la atención sobre todo cuando se trata de disminuir o prevenir incapacidades o limitaciones. Dentro de las responsabilidades de la enfermería comunitaria está la de atender a esta población basándose en el reconocimiento de sus capacidades. Enfermería puede ayudar a que los adultos mayores optimicen su funcionamiento físico, social y psicológico repercutiendo positivamente en su salud⁸⁶.

La persona de acuerdo a sus capacidades físico-intelectuales resulta un eslabón importante dentro de cada familia. De esta forma, desde un niño a un adulto mayor, todos pueden tener funciones más o menos complejas en su núcleo familiar. Por ello es importante tener bien identificadas las potencialidades de cada miembro y sus capacidades para preservar su salud mediante acciones de cuidado personal⁸⁷.

Frente a ello, el profesional de enfermería en salud comunitaria tiene mucho que ofrecer a los adultos mayores, incentivándolos al autocuidado. Es necesario reconocer la existencia de problemas y anticipar necesidades, motivándolos para que participen en su propio cuidado. En base a esta premisa, la finalidad de la presente investigación fue describir las prácticas de autocuidado de los adultos mayores beneficiarios del Programa Pensión 65 de los Centros Poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama, Huánuco 2017.

Por lo tanto, es de vital importancia la comprensión y aplicación de este concepto en geriatría para convertir al adulto mayor en un agente activo de su propio estado de bienestar.

Los resultados de la presente investigación servirán como punto de partida para otras investigaciones en el área que permitan diseñar estrategias nacionales de intervención educativa y promoción de salud para las personas de la tercera edad y sus familiares con el objetivo de mejorar su calidad de vida, su desempeño social y familiar.

A continuación se explican que los resultados significativos obtenidos en el presente estudio y se comparan otros hallazgos alcanzados por diferentes investigadores, se hace una evaluación crítica de los resultados desde la perspectiva del investigador, y finalmente se extraen elementos para plantear las conclusiones. Asimismo, la presente investigación es muy singular para la muestra aplicada (validez interna) o para muestras que guarden características similares en otros contexto (validez externa); por lo que futuras investigaciones podrían usar este estudio como antecedente. Se garantiza la validez interna y externa del estudio, en el sentido que, las pruebas estadísticas aplicadas para las comparaciones establecidas, resultaron significativa a un nivel de confianza del 95% y para un valor $p > 0,05$.

Hallamos que las prácticas de autocuidado según percepción de las personas adultas mayores en estudio fueron prácticas buenas de autocuidado [82,5% (99)]. Este resultado se enmarca en la teoría de autocuidado, la teoría de déficit de autocuidado, y la teoría de sistemas de enfermería. La primera describe y explica por qué el autocuidado es necesario para la salud y bienestar de la persona; la segunda explica cuándo y porqué la enfermería es necesaria para ayudar a las personas y la tercera describe y explica como las personas son ayudadas a través de enfermería. Estas tres teorías se integran en forma inclusiva⁸⁸.

De acuerdo con la teoría de Orem (1993) los individuos pueden ser capaces de iniciar y preservar la acción de autocuidado para satisfacer requisitos universales si siguen prácticas rutinarias, pero al cambiar a nuevas prácticas, pueden volverse incapaces⁸⁹.

También Padula⁹⁰, refiere que las acciones de autocuidado son ampliamente practicadas entre los adultos mayores y que para esto necesitan del conocimiento acerca de la salud, motivación y habilidades para iniciar y desarrollar conductas de autocuidado.

Nuestro resultado es contrario a lo que los reportes de los estudios y por las observaciones de campo se sabe que los adultos mayores están sufriendo las consecuencias de estilos de vida nocivos a la salud, y provocados por ausencia de autocuidado; dichas consecuencias se reflejan en el incremento y complicaciones de las enfermedades crónicas⁹¹.

Los resultados que obtuvo Alvear⁹², también indican que una elevada proporción de adultos mayores presentan deficiencias en sus actividades de autocuidado, especialmente en los controles periódicos de su salud, los procesos de eliminación, higiene, sueño y descanso.

Asimismo en este estudio se pusieron a prueba 5 hipótesis, de los cual solo uno de ellos fueron significativos, tal es así que al contrastar las prácticas de autocuidado y el grupo de edad de las personas adultas mayores en estudio, se observa relación entre dichas variables; con lo que se rechazó la hipótesis nula, y se aceptó la hipótesis de investigación. Si bien es cierto que con el incremento de la edad se pueden ir perdiendo algunas funciones orgánicas y cognitivas, un adulto mayor capacitado para identificar sus limitaciones, habilidades y destrezas físicas, mentales emocionales, su utilidad social y familiar, permite el mantenimiento consciente de su salud a través de actividades de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de sus enfermedades y factores de riesgo. En este aspecto, las actividades de autocuidado requieren entonces de una buena percepción y conocimiento de las capacidades que tiene cada individuo para realizarlas, sin poner en riesgo su integridad física y mental⁹³.

En varias pesquisas sobre más de 1000 personas de 65 años y más en áreas rurales y urbanas del sur de Noruega, se encontró una prevalencia de déficit de autocuidado entre 16 % y 23 %, siendo mayor el problema en la región rural. En tales casos, la capacidad de autocuidado se asoció significativamente entre otras variables con la edad, el estado general de salud, la agencia de autocuidado, el estado o riesgo nutricional, la profesión, vivir solos y el tipo de vivienda^{94, 95, 96}.

Una pesquisa en la zona central de Cuba sobre 195 personas con 60 años y más atendidas en los Consultorios Médicos de Familia mostró un nivel de autocuidado inadecuado en aproximadamente el 62 % de la muestra sin diferencias entre géneros, déficit que aumentó con la edad y el deterioro

funcional de los adultos mayores. Los problemas en el autocuidado estuvieron en el no control periódico de la salud (61 %), la no realización de actividad física periódica (75 %), la automedicación (33 %) y la alimentación inadecuada (42 %) ⁹⁷.

Por su parte Da Silva⁹⁸ explica que las mujeres, ejerciendo los roles de ama de casa, tienen más control personal sobre sus rutinas diarias y que el incremento en escolaridad les fue suficiente para mejorar su patrón de vida. Por otro lado, los hombres, aunque con mejor nivel de educación al trabajar fuera de casa no tienen control sobre sus actividades diarias por sujetarse a las normas de trabajo.

Harper (1984) citado por Da Silva⁹⁹ señala que el profesional de enfermería debe enterarse del grado de educación de los adultos mayores para después ofrecerles programas educativos, principalmente cuando están relacionados con el uso de medicamentos y de otras tecnologías necesarias al control de las enfermedades.

Por otro lado, una investigación realizada en México sobre el autocuidado de 251 personas con diabetes mellitus tipo 2 (64 % con más de 60 años) que accedieron a urgencias médicas mostró que solo el 33,5 % posee una buena capacidad de autocuidado. Las acciones de autocuidado se asociaron positivamente con los años de instrucción y negativamente con las prácticas religiosas y el tiempo de evolución de la enfermedad⁹¹. Asimismo, otro estudio desarrollado en Perú sobre 63 personas adultas mayores resultó en un 21 % con un nivel de conocimientos bajo sobre el autocuidado para las satisfacciones de las necesidades básicas de la vida diaria. Los principales problemas estuvieron en cuanto al bajo cuidado en: la piel y anexos (48 %), el sueño (37 %), nutrición (30 %), relaciones sociales (24 %) y de la actividad física (19 %). Asimismo, más del 80 % posee actitudes de rechazo hacia las actividades de autocuidado propuestas en la encuesta aplicada. Se debe notar como particularidad que la mayoría de la muestra estudiada posee un nivel cultural bajo¹⁰⁰.

Finalmente, es importante también considerar que en el caso de los padecimientos crónicos el comprometerse con el autocuidado es más difícil, ya que independientemente de la educación que se tiene, las habilidades

están determinadas por las demandas de autocuidado especializado y por la terapia médica prescrita¹⁰¹.

CONCLUSIONES

Del análisis de los resultados se arribó a las siguientes conclusiones:

Respecto a las prácticas de autocuidado según percepción de las personas adultas mayores en estudio, se evidencia que, una gran proporción realizan prácticas adecuadas de autocuidado [82,5% (99)].

1. Respecto al nivel de autocuidado según percepción de las personas adultas mayores en estudio, se evidencia que, una gran proporción realizan prácticas buenas de autocuidado [48,3% (58)]; sin embargo, 45,0% (54) de los adultos mayores realizan una práctica regular y, solo 6,7% (8) realizan prácticas deficientes.
2. Al analizar las prácticas de autocuidado y el grupo de edad de las personas adultas mayores en estudio, se observa relación entre dichas variables [$X^2=7,3$; $p = 0,02$]; con lo que se rechazó la hipótesis nula, y se aceptó la hipótesis de investigación.
3. Evaluando las prácticas de autocuidado y el género de las personas adultas mayores en estudio, no se evidenció relación entre dichas variables, [$X^2=0,8$; $p = 0,6$]; con lo que se aceptó la hipótesis nula, determinando la independencia de dichas variables.
4. Al contrastar las prácticas de autocuidado y la tenencia de conyugue de las personas adultas mayores en estudio, no se evidencia relación [$X^2=3,7$; $p = 0,15$] entre dichas variables, por lo que, se aceptó la hipótesis nula, determinando la independencia de dichas variables.
5. Evaluando las prácticas de autocuidado y la tenencia de algún grado de instrucción de las personas adultas mayores no se halló relación entre dichas variables, [$X^2=2,9$; $p = 0,2$] por lo que se aceptó la hipótesis nula.
6. Al analizar las prácticas de autocuidado y la tenencia de ocupación de las personas adultas mayores en estudio, no se halló relación entre estas variables [$X^2=0,7$; $p = 0,6$]; por lo que, se aceptó la hipótesis nula, determinando la independencia de dichas variables.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados encontrados se realiza las siguientes recomendaciones:

Para las autoridades del sector salud

- Proponer políticas locales de salud integral en favor del adulto mayor, de acorde al contexto demográfico donde residan las PAMs. Es decir, no solo debe responder a sus necesidades básicas, sino que también debe incluir sus necesidades psicológicas, sociales, de recreación y espirituales. Solo así el autocuidado será el medio por el cual los adultos mayores podrán desarrollar al máximo sus potencialidades, indispensables para una vejez saludable.
- Desarrollar capacitaciones continuas al personal de salud y a los promotores sobre temáticas relacionados al cuidado integral del adulto mayor con enfoque intercultural.
- Implementar estrategias multisectoriales enfocadas a mejorar la calidad de vida de las PAMs.

Para los gobiernos locales

- Coordinar con las instituciones universitarias y los gestores de salud para promover la salud en la comunidad, a través de sesiones educativas ya que los adultos mayores necesitan obtener conocimientos de prácticas de autocuidado para efectuar hábitos saludables.

Para los profesionales de la salud geriátrica

- Diversas teorías sugieren que deben fomentarse estrategias de intervención para incrementar el dominio de hábitos y habilidades para el autocuidado como una de las herramientas para desarrollar una longevidad saludable en países en pleno estado de transición demográfica.
- Las personas de edad a veces no saben qué hacer con su tiempo libre. En esos casos es conveniente averiguar qué actividad les gustaría realizar o dónde querrían participar. En esta misma línea es

fundamental que el adulto mayor identifique sus redes de apoyo más cercanas, que pueden corresponder a familiares o aquellas personas que se identifican como su núcleo más próximo. Se sugiere revisar más información en la cartilla específica de “Relaciones Sociales y actividades en la adultez mayor”.

- Para llevar a cabo acciones de autocuidado las personas requieren de capacidades especializadas, y que tanto las capacidades como las acciones de autocuidado son condicionadas por algunos factores intrínsecos o extrínsecos al individuo.
- Coordinar acciones multisectoriales a favor de la PAMs.

A los adultos mayores

- Desarrollar una espiritualidad interna. La necesidad de buscar un sentido espiritual de la vida aumenta en esta etapa, lo cual se traduce en el logro de una filosofía personal de la vida. Esto puede ayudarlo como adulto mayor en su proceso de auto-aceptación y mejora de la autoestima.
- Muchas personas mayores piensan que “a su edad” el ejercicio no es necesario: gran error. La necesidad de actividad física no disminuye a medida que se envejece y, por el contrario no hacer ejercicio ocasiona la pérdida de masa muscular y ósea además de volver menos flexible al cuerpo. Por tanto, muchas veces, la declinación física asociada al envejecimiento es más bien consecuencia de la inactividad que del envejecimiento mismo.

A la comunidad científica

- Desarrollar estudios similares, abarcando otros factores sociales como variables económicas, culturales, entre otros.
- Desarrollar estudios cualitativos que profundicen las variables estudiadas.
- Realizar estudios de medición de impactos del Programa Pensión 65.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [internet]. [Consultado 2017 Feb 20]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
2. Aliaga Diaz E, Cuba Fuentes S, Mar Meza M. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. [internet] Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2016;33(2)311-20. doi: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2143/2141>
3. Garcilazo Salazar Mayuri. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de salud de San Juan de Miraflores 2014. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad nacional mayor de San Marcos; 2015.
4. Garcilazo Salazar M. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de salud de san juan de Miraflores 2014. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad nacional mayor de San Marcos; 2015
5. Ara CC, Ludy FJ, María LR. Autopercepción de la salud en el adulto mayor. Abreviatura internacional de la revista [internet] 2010;31:407-428 [consultado 2015 Octubre 22]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194214587018.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud [internet]. [Consultado 2017 Feb 17]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
7. OMS. Envejecimiento y ciclo de vida [internet]. [Consultado 2017 Feb 07]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>
8. Rojas J. Centro del Adulto Mayor: sacándole la vuelta a la vejez [internet]. [Consultado 2017 Feb 07]. Disponible en: <http://diariocorreo.pe/edicion/huanuco/sacandole-la-vuelta-a-la-vejez-en-el-cam-610847/>
9. OMS. Envejecimiento [internet]. [Consultado 2015 Nov 18]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/42/es/>

10. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. PLANPAM 2013-2017 [internet]. [Consultado 2015 Nov 18]. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf
11. OPS/OMS CHILE. Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor [internet]. [Consultado 2017 Feb 17]. Disponible en: <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>
12. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. PLANPAM 2013-2017 [internet]. [Consultado 2017 Mar 06]. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf
13. Alvear Idrovo RM. Percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del centro de promoción activa del IESS Cuenca 2014. [Tesis para optar el título de especialista en enfermería geriátrica]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2014.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de Salud de la Población Adulta Mayor [internet]. [Consultado 2017 Mar 06]. Disponible en: file:///D:/AM2017/INEI%20__%20Per%C3%BA_%20Situaci%C3%B3n%20de%20Salud%20de%20la%20Poblaci%C3%B3n%20Adulta%20Mayor,%202014.html
15. Ministerio de salud. Minsa mejorará estrategias a favor del adulto mayor desde el primer nivel de atención [internet]. [Consultado 2017 Mar 06]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16692>
16. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores [internet]. [Consultado 2017 Mar 06]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
17. Ministerio de Salud de la Nación. Manual de Autocuidados [internet]. [Consultado 2015 Nov 20]. Disponible en: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/salud_familiar_comunitaria/ManualAutocuidado.pdf
18. Castro CA, Reyna E. Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor Asentamiento humano alto Perú - Chimbote, 2013. Rev IN CRESCENDO [internet] 2014; 1(1):63-68 [consultado 2015 Nov 15]. Disponible en:

<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/viewFile/266/164>

19. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida [internet]. [Consultado 2017 Feb 17]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

20. Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge. New York, London: United Nations Population Fund; HelpAge International; 2012 (<http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>, accessed 20 July 2015). Citado por: Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud [internet]. [Consultado 2017 Feb 17]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

21. Gobernación de Boyacá, Secretaría de Salud. Boletín Epidemiológico Boyacá Sesalud 2007. Tunja: La Gobernación; 2007, Barrera M, Guzmán T, Lancheros L. Diabetes mellitus e hipertensión arterial: aspectos médicos y nutricionales. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2006. Citado por: Fernández RA, Manrique Abril FG. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. Avances en Enfermería [internet] 2011;29(1):30-41 [consultado 2016 Oct 13]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35846/37059>

22. Millán I, Roca A, Blanco K. La capacidad y percepción de autocuidado, una estrategia de elección para alcanzar una longevidad satisfactoria. Correo Científico Médico de Holguín. 2007; 114(4 Supl. 1) [consultado el 26 de agosto de 2008]. En: <http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114rev3.htm>. Citado por: Fernández RA, Manrique Abril FG. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. Avances en Enfermería [internet] 2011;29(1):30-41 [consultado 2016 Oct 13]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114rev3.htm>

23. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002 -2006.Marco nacional e internacional. Lima: Editorial Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; 2004. Citado por: Manrique Huanaco D. Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja". [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad nacional mayor de San Marcos; 2010.

24. Manrique Huanaco D. Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja". [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad nacional mayor de San Marcos; 2010.
25. Millán Méndez I, Roca Socarrás AC, Blanco Torres K. La capacidad y percepción de auto-cuidado, una estrategia de elección para alcanzar una longevidad satisfactoria [internet]. [Consultado 2015 Nov 20]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114rev3.htm>
26. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida [internet]. [Consultado 2017 Feb 25]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/index1.html
27. Loredó Figueroa MT, Gallegos Torres RM, Xequé Morales AS, Palomé Vega G y Juárez Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enfermería Universitaria [internet] 2016;13 (3): 159-165 [consultado 2017 Mar 07]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358746914004>
28. Can Valle AR, Sarabia Alcocer B, Guerrero Ceh JG. Autocuidado en las personas mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo [internet] 2015;6(11) [consultado 2017 Mar 07]. Disponible en: http://www.redalyc.org/html/4981/498150319043_2/
29. Medina Gustavino.M, Yuquilema Shigla ME Conocimientos y Prácticas de Autocuidado en pacientes que asisten al Club de adulto mayor Francisco Jacome 2015. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2015.
30. Alvear Idrovo RM. Percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del centro de promoción activa del IESS CUENCA 2014. [Tesis para optar el título de especialista en enfermería geriátrica]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2014.
31. Fernández RA, Manrique Abril FG. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. Avances en Enfermería [internet] 2011;29(1):30-41 [consultado 2017 Mar 10]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35846/37059>

32. Millán Méndez IE. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Revista Cubana de Enfermería [internet] 2010;26(4): 222-234 [consultado 2017 Mar 11]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n4/enf07410.pdf>
33. Condemarín Condemarín LL, Evangelista Paredes AM, Benavides Fernández YM. Nivel de Autocuidado de los adultos mayores atendidos en el Programa del “adulto mayor” del Centro de Salud de José Leonardo Ortiz. Febrero, 2015. Rev. Salud Y Vida Sipanense [internet] 2015;2(2):19-29 [consultado 2017 Mar 17]. Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/202/223>
34. Ellen Esquivel KD, PADILLA GUIBOVICH KE. Autocuidado del adulto mayor Y su relación con el apoyo familiar. Centro De Salud Salaverry 2015. [Tesis para obtener el título profesional de licenciada en enfermería]. Trujillo: Universidad privada Antenor Orrego; 2015.
35. Garcilazo Salazar ME. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de salud de San Juan de Miraflores 2014. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
36. Camacho Serrantes S, Lachuma Viera I. Prácticas de Autocuidado, Capacidad funcional y depresión en adultos mayores. C.S. 9 de Octubre. 2013. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería.]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2014.
37. Leitón Espinoza ZE. Práctica de autocuidado para una vejez con bienestar relacionado con independencia funcional y depresión del adulto mayor. Enferm. investig. desarro [internet] 2014;12(1):32-46 [consultado 2017 Mar 11]. Disponible en: [file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/151-147-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/151-147-PB%20(4).pdf)
38. Manrique Huanaco D. Op, cit, p. 34
39. Mateo Agüero, AC. Prácticas de autocuidado que realizan las mujeres pre menopáusicas en la asociación de vivienda “Las Palmeras”, distrito de Pillcomarca, Huánuco 2013 [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2013.
40. Martínez Hernández D, Sáez Muñoz P. Conductas de Autocuidado en estudiantes universitarios residentes del complejo de hogares

Huachocopihue de la UACH, 2006. [Tesis para optar el grado de licenciado en enfermería]. Chile: Universidad Austral de Chile; 2006.

41. Cisneros F. Teorías y modelos de enfermería [internet]. [Consultado 2017 Mar 13]. Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

42. Rivero Martínez N, González Acosta MN, González Barrero M, Núñez Herrera M, Hornedo Jerez I, Rojas Izquierdo M. Valoración ética del modelo de Dorotea Orem. Revista Habanera de Ciencias Médicas [internet]. 2007;6 (3) [consultado 2017 Mar 13]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000300012&lng=es

43. Córdova Piscoya JR. Modelo de creencias en salud [internet]. [Consultado 2017 Mar 12]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/cordova_pj/Cap1.pdf.

44. Ortego Maté MC, López González S, Álvarez Trigueros ML. La adherencia al tratamiento [internet]. [Consultado 2017 Mar 12]. Disponible en: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_14.pdf

45. Litano Juarez VM. Prácticas de Autocuidado en adolescentes de la I.E. "Virgen del Varmen" N° 6014. VMT-Lima. 2014. [Tesis para optar el título de licenciado en enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.

46. Candelaria Sánchez KJ, Carrasco Vásquez Y. Autocuidado y Estado de salud en los estudiantes de la licenciatura en Enfermería. [Tesis para obtener el título de licenciado en enfermería]. Minatitlan: Universidad Veracruzana; 2012.

47. MINSA. Cuidado y autocuidado de la salud [internet]. [2015 Oct 04]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/adulto/materiales/rotafolio.pdf>

48. Araya Gutiérrez A. Autocuidado de la Salud [internet]. [Consultado 2017 Mar 17]. Disponible en: http://adultomayor.uc.cl/docs/autocuidado_salud.pdf

49. Garcilazo Salazar M. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de salud de san juan de miraflores 2014. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad nacional mayor de San Marcos; 2014.
50. Salgado Montenegro FC. Mejoramiento del autocuidado del adulto mayor del pueblo joven Luis Alberto Sánchez – Chiclayo, Perú. [Tesis para optar el título de licenciado en enfermería]. Chiclayo: Universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2009.
51. Fanarraga Moran JR, Conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión arterial, en consultorios externos de cardiología del hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD. [Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería]. Lima: Escuela de enfermería de Padre Luis teTza afiliada a la Universidad Ricardo Palma; 2013.
52. Candelaria Sánchez KJ, Carrasco Vásquez Y. Autocuidado y estado de salud en los estudiantes de la licenciatura en Enfermería. [Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería]. Minatitlan: Universidad Veracruzana; 2012.
53. Mateo Agüero, AC. Prácticas de autocuidado que realizan las mujeres pre menopáusicas en la asociación de vivienda “Las Palmeras”, distrito de Pillcomarca, Huánuco 2013 [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2013.
54. Ayalon, L., Feliciano, L., y Arean, P. Cambios del envejecimiento que afectan la Comunicación). En Mauk, K. Enfermería Geriátrica. Competencias Asistenciales. España: McGraw-Hill-Interamericana. 2008. Citado por: Camacho Serrantes S, Lachuma Viera I. Prácticas de autocuidado, capacidad funcional y depresión en adultos mayores. C.S. 9 de octubre. 2013. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería.]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2014.
55. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Autocuidado de la salud para personas adultas mayores de zona rural [internet]. [Consultado 2015 Oct 25]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MIMDES-Autocuidado-Adultas-Mayores.pdf>

56. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. Manual de Autocuidado del Adulto Mayor[internet]. [Consultado 2017 Mar 18]. Disponible en: https://www.inss.gob.ni/images/stories/1196970872_Adulto_mayor.pdf

57. Nogueron M., Paczka J. y Hyver C. Déficit Auditivo y Déficit Visual. En: Rodríguez, R y Col, eds. Geriatria. México: Mc Graw-Hill Interamericana. 2000. Citado por: Camacho Serrantes S, Lachuma Viera I. Prácticas de Autocuidado, Capacidad funcional y depresión en adultos mayores. C.S. 9 de Octubre. 2013. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería.]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2014.

58. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Autocuidado de la salud para personas adultas mayores de zona rural [internet]. [Consultado 2015 Oct 25]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MIMDES-Autocuidado-Adultas-Mayores.pdf>

59. Camacho Serrantes S, Lachuma Viera I. Prácticas de Autocuidado, Capacidad funcional y depresión en adultos mayores. C.S. 9 de Octubre. 2013. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería.]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2014.

60. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Autocuidado de la salud para personas adultas mayores de zona rural [internet]. [Consultado 2015 Oct 25]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MIMDES-Autocuidado-Adultas-Mayores.pdf>

61. Ibid, p. 34

62. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. 60 Años y Más [internet]. [Consultado 2017 Mar 18]. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/2012_1_dipam.pdf

63. Ibid, p. 1

64. Camacho Serrantes S, Lachuma Viera I. Prácticas de Autocuidado, Capacidad funcional y depresión en adultos mayores. C.S. 9 de Octubre. 2013. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería.]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2014.

65. Quiroz R., Morales L. y Lupercio, C. Cuidado Bucal. En: Rodríguez, R. y Col, eds. Geriatria. México: Mc Graw-Hill Interamericana. 2000. Citado por: Camacho Serrantes S, Lachuma Viera I. Op, cit, p. 5
66. Leitón Espinoza Z, Ordóñez Romero Y. Autocuidado de la salud para el adulto mayor [internet]. [Consultado 2017 Mar 18]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/sonita1801/manual-de-informacion-para-profesionales-autocuidado-de-la-salud-para-el-adulto-mayor>
67. Camacho Serrantes S, Lachuma Viera I. Op, cit, p. 9
68. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Aprender a Autocuidarnos [internet]. [Consultado 2015 Oct 25]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MIMDES-Aprender-Autocuidarnos.pdf>
69. Cowely J; Diebold, C; Coleman, J; Hardin-Franning, F. Tratamiento de los Problemas frecuentes. En Mauk: Enfermería Geriátrica. Competencias Asistenciales. España: McGraw-Hill-Interamericana. 2008. Citado por: Camacho Serrantes S, Lachuma Viera I. Prácticas de Autocuidado, Capacidad funcional y depresión en adultos mayores. C.S. 9 de Octubre. 2013. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería.]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2014.
70. Calso J. Programa de potenciación de Memoria. Unidad de memoria. Ayuntamiento de Sevilla. España. 2001. Citado por: Camacho Serrantes S, Lachuma Viera I. Prácticas de Autocuidado, Capacidad funcional y depresión en adultos mayores. C.S. 9 de Octubre. 2013. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería.]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2014.
71. Garcia M, Morales, J. Incontinencia Urinaria. En Rodriguez, R., Morales, J., Encinas, J., Trujillo, Z., y Dhyver, C. Geriatria. México: Mac Graw-Hill Interamericana Editores. S.A. 2000, Leitón Espinoza Z, Ordóñez Romero Y. Autocuidado de la salud para el adulto mayor [internet]. [Consultado 2017 Mar 18]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/sonita1801/manual-de-informacion-para-profesionales-autocuidado-de-la-salud-para-el-adulto-mayor>. Citado por: Camacho Serrantes S, Lachuma Viera I. Prácticas de Autocuidado, Capacidad funcional y depresión en adultos mayores. C.S. 9 de Octubre. 2013. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería.]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2014.

72. Suarez S. y Encinas J. Estreñimiento. En: Rodríguez, R y Col, eds. Geriatria. México: Mc Graw-Hill Interamericana. 2000, Leitón Espinoza Z, Ordóñez Romero Y. Op, cit, p. 5
73. Leitón Espinoza Z, Ordóñez Romero Y. Op, cit, p. 6
74. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería Gerontológica [internet]. [Consultado 2018 Feb 20]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173956/1/Enfermeria%20gerontologica%20conceptos%20para%20la%20practica.pdf>
75. Leiton Z., y Ordoñes Y. Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor. Manual de Información para Profesionales. 2003. MIMDES-PERÚ, INABIF. Lima: OPS/OMS-Perú. Citado por: Camacho Serrantes S, Lachuma Viera I. Prácticas de Autocuidado, Capacidad funcional y depresión en adultos mayores. C.S. 9 de Octubre. 2013. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería.]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2014.
76. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería Gerontológica [internet]. [Consultado 2018 Feb 20]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173956/1/Enfermeria%20gerontologica%20conceptos%20para%20la%20practica.pdf>
77. Guzmán Luján JF. Aspectos Psicosociales del Proceso de Envejecimiento y su aplicación en el ámbito de la educación física [internet]. [Consultado 2017 Mar 19]. Disponible en: http://www.cult.gva.es/dgd/form_amb_deportivo/PROGRAMA%2005/6%20II%20JORNADA%20MAYORES%20SAD/ponencias%20mayores/PONENCIA%20JOS%C3%89%20GUZM%C3%81N%20Resumen%20envejecimiento.pdf
78. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Evaluación social del adulto mayor [internet]. [Consultado 2018 Feb 20]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo7.pdf>
79. Camacho Serrantes S, Lachuma Viera I. Prácticas de Autocuidado, Capacidad funcional y depresión en adultos mayores. C.S. 9 de Octubre. 2013. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería.]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2014.

80. Aparicio D. Importancia De La Familia En La Vejez. VF. (En línea) (fecha de acceso 30 de abril de 2012). Disponible en :<http://www.vejezyvida.com/importancia-de-la-familia-en-la-vejez/>.
Acuña Rodríguez I, Barrios Soto Y, Martínez Parra N, Taborda Pereira E, Vargas Verbel G. Percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores de los Centros de vida de la ciudad de Cartagena. [Trabajo para optar al título de enfermera(o)]. Cartagena: Universidad de Cartagena; 2015.
81. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería Gerontológica [internet]. [Consultado 2018 Feb 20]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173956/1/Enfermeria%20gerontologica%20conceptos%20para%20la%20practica.pdf>
82. Garcilazo Salazar ME. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de salud de San Juan de Miraflores 2014. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
83. Lozano Zúñiga MM, García Valenzuela ML, Gómez Alonso CE. Estilo de Vida Saludable para el Adulto Mayor: Prácticas de Autocuidado de Alto Impacto Desarrollo Científ Enferm. [internet] 2009;17(8):351-354 [consultado 2017 Mar 19]. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/17pdf/17-351.pdf>
84. MINSA. Males cardiovasculares y del Aparato Locomotor son más frecuentes en el Adulto Mayor [internet]. [Consultado 2017 Mar 19]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=1670>
85. Camacho Serrantes S, Lachuma Viera I. Prácticas de Autocuidado, Capacidad funcional y depresión en adultos mayores. C.S. 9 de Octubre. 2013. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería.]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2014.
86. Da Silva Jose V. Autocuidado y calidad de vida de adultos mayores en áreas urbano marginadas de Monterrey. [Tesis para optar el requisito parcial para obtener el Grado de MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad en Salud Comunitaria]; Universidad Autonoma de Nueva León; 1997.

87. Lee R, Donehower G. El envejecimiento de la población, las transferencias intergeneracionales y el crecimiento económico: América Latina en el contexto mundial. Notas de población [Revista en la Internet] 2009 [Consultado 26 julio 2014]; 90:13-37. Disponible en: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/41808/LCG2469-P_1.pdf
88. Da Silva Jose V. Op, cit, p. 16
89. Orem, D E, Modelo de Orem - Conceptos de Enfermería en la Práctica. Ediciones Científicas y Técnicas SA, Barcelona, 1993.
90. Padula. C.A., Self - Care and Ederly: Review and Implications. Public Health Nursing. 9, 1: 22-28,1992.
91. Da Silva Jose V. Op, cit, p. 14
92. Alvear Idrovo RM. Percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del centro de promoción activa del IESS Cuenca 2014. [Tesis para optar el título de especialista en enfermería geriátrica]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2014.
93. Leitón Ezpinosa Z, Ordoñez Romero Y. Op, cit, p. 174.
94. Sundsli K, Söderhamn U, Epnes GA, Söderhamn O. Ability for self-care in urban living older people in southern Norway. J Multidisc Healthcare [Revista en la Internet] 2012 [Consultado 1 agosto 2014];5;85-95. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3333801/pdf/jmdh-5-085.pdf>
95. Dale B, Söderhamn U, Söderhamn O. Self-care ability among homedwelling older people in rural areas in southern Norway [Abstract]. Scan J Caring Sci [Revista en la Internet] 2012 [Consultado 1 agosto 2014]; 26(1):113-22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2188334421>.
96. Tomstad ST, Söderhamn U, Epnes GA, Söderhamn O. Living alone, receiving help, helplessness, and inactivity are strongly related to risk or undernutrition among older home-dwelling people. Int J Gen Med [Revista en la Internet] 2012 [Consultado 1 agosto 2014]; 5:231-40. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3302765/>
97. Millán Méndez IE. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Rev Cubana Enfermer [Revista en la Internet] 2010 [Consultado 29 julio 2014]; 26(4): 222-234. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007&lng=es

98. Da Silva Jose V. Op, cit, p. 34
99. Harper, D C, Aplication of Orem's Theoretical Constructs to Self - Care medication Behaviors in the Ederly. Advances in Nursing Science. 6. 3: 29-46, 1984.
100. Romero Baquedano I, Antonio dos Santos M, Aparecida Martins T, Zanetti ML. Autocuidado de personas con diabetes mellitus atendidas en un servicio de urgencias en México. Rev Latino-Am Enfermagen [Revista en la Internet] 2010 [Consultado 1 agosto 2014];18(6): [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf
101. Manrique Huanaco D. Op, cit, p. 5

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Código

fecha----/-----/----

ANEXO 01

GUÍA DE ENTREVISTA DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PAMS

TÍTULO DEL ESTUDIO: Prácticas de Autocuidado de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017.

INSTRUCCIONES. Estimado(a) señor(a), sírvase responder a las siguientes preguntas referidos a sus características generales. Recuerde que esta entrevista es anónima.

Gracias por su apoyo

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?

2. Sexo:

Masculino ()
Femenino ()

II. CARACTERÍSTICAS SOCIALES

3. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero(a) ()
Conviviente ()
Casado(a) ()
Divorciado(a) ()
Viudo(a) (...)

4. Grado de instrucción:

Ninguna ()
Primaria incompleta ()
Primaria completa ()
Secundaria incompleta ()
Secundaria completa ()
Superior ()

5. ¿Usted trabaja?

Si (...)
No (...)

5.1 De ser afirmativa, su respuesta especifique ¿En que trabaja?

6. ¿Qué religión profesa Usted?

Católico (...)

Evangélico (...)

Mormón (...)

Testigo de Jehová ()

Otros ()

Especifique: -----

III. CARACTERISTICAS FAMILIARES**7. ¿Con quién vive Usted actualmente?**

Solo (...)

Con un hijo(a) (...)

Con sus nietos (...)

Con su esposo(a) (...)

Otros familiares (...)

8. ¿Cuántos hijos tiene?

9. ¿Cómo es la relación que tiene con sus hijos?

Buena (...)

Regular (...)

Mala (...)

Pésima (...)

10. ¿Qué tipo de apoyo recibe de sus hijos?

Económico (...)

Compañía (...)

Quehaceres de la casa (...)

No le brindan apoyo (...)

IV. CARACTERISTICAS DEL ESTADO DE SALUD**11. ¿Con que tipo de seguro de salud cuenta Usted?**

SIS (...)

ES SALUD (...)

Particular ()

Otros ()

12. Diga Usted ¿Es el envejecimiento una enfermedad?

Si (...)

No (...)



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Código

fecha----/-----/----

ANEXO 02

Escala de prácticas de autocuidado de LEITON

TÍTULO DEL ESTUDIO. Prácticas de Autocuidado de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017.

INSTRUCCIONES. El presente cuestionario tiene el propósito de conocer la práctica del autocuidado en su salud. A continuación se le hará unas preguntas y usted debe responder con sinceridad, marcando con un aspa (X): si las realiza siempre (S), a veces (AV) o nunca (N). Recuerde que este cuestionario es anónimo.

Gracias por su apoyo

REACTIVOS	Siempre	A veces	Nunca
A. ASPECTOS BIOLÓGICOS			
CUIDADOS CON LOS OJOS	S	AV	N
1. Realizar manualidades o lecturas en sitios bien iluminados (luz artificial o natural).	3	2	1
2. Ilumina bien su hogar, especialmente por las noches.	3	2	1
3. Evita pasar bruscamente de la oscuridad a la luz, esperando hasta que se adapte a los cambios de luz antes de seguir caminando.	3	2	1
4. Tiene ayudas visuales como lentes de aumento, libros, calendarios y juegos de letras grandes.	3	2	1
5. Visita al oculista por lo menos una vez al año.	3	2	1
6. Acude al médico inmediatamente si presenta pérdida brusca de la visión, dolor, visión doble, inflamación, lagrimeo, etc.	3	2	1
CUIDADO CON LOS OÍDOS	S	AV	N
7. Limpia el cerumen del oído usando hisopos de algodón, ganchos de cabellos, palitos de fósforos, etc.	1	2	3
8. Evita los ruidos fuertes.	3	2	1
9. Usa remedios caseros o indicados por el farmacéutico, familiares o amigos en caso de mareos, pérdida del	1	2	3

equilibrio, zumbido de oído, etc.			
10. Se levanta rápidamente de la cama (de estar acostado a ponerse de pie).	1	2	3
11. Visita al médico de los oídos por lo menos una vez al año.	3	2	1
12. Acude al médico inmediatamente si presenta dificultades para oír, no comprende las palabras que le dicen o pide que lo repitan.	3	2	1
CUIDADO DE LA PIEL	S	AV	N
13. Se da un baño completo por lo menos 3 veces por semana.	3	2	1
14. Se da masajes por todo el cuerpo de preferencia en codos, coxis y rodillas.	3	2	1
15. Utiliza crema o aceite de bebé para su piel.	3	2	1
16. Seca su piel suavemente sin frotar y se asegura que los pliegues del cuerpo queden bien secos especialmente entre los dedos de los pies.	3	2	1
17. Examina su piel por lo menos 1ves/mes en busca de lesiones, grietas, manchas, enrojecimiento, o aparición o cambio en lunares.	3	2	1
18. Usa compresas o botellas de agua caliente para calentarse.	1	2	3
19. Usa generalmente zapatos cómodos (no apretados, de taco bajo, suaves)	3	2	1
20. Realiza ejercicios de piernas y pies por lo menos 3/v por semana.	3	2	1
21. Se cambia de medias todos los días.	3	2	1
22. Camina sin zapatos.	1	2	3
23. Corta y lima las uñas de sus pies en línea recta, sin redondear las esquinas.	3	2	1
CUIDADO CON LA BOCA	S	AV	N
24. Se cepilla los dientes o dentadura postiza después de cada comida.	3	2	1
25. Usa hilo dental para retirar los restos de alimentos.	3	2	1
26. Visita al dentista por lo menos cada año.	3	2	1
27. Visita al médico cuando presenta dolor, caries, encías rojas, mal aliento o sangrado al cepillarse, etc.	3	2	1
28. Usa pasta dental o bicarbonato para el cepillado de sus dientes	3	2	1
29. Cambia de cepillo cuando las cerdas están gastadas o abiertas (Se confirma la respuesta, si se pregunta después de cuánto tiempo cambia su cepillo = máximo cada 6 meses).	3	2	1
CUIDADO NUTRICIONAL	S	AV	N
30. Ingiere una dieta balanceada y variada todos los días (por lo menos 10 alimentos diferentes: carnes (pollo, pescado, res, soya), productos lácteos descremados (queso, leche, yogurt, kuaker, fruta, jugos naturales,	3	2	1

verduras (3), pan, fideos, mantequilla, papa, yuca, camote, menestras, etc.			
31. Le gusta comer papas fritas, pollo a la brasa, hotdog, etc.	1	2	3
32. Ingiere 1 a 2 litros de líquidos diarios.	3	2	1
33. Consume dulces, postres, chocolates o más de 10 cucharaditas diarias de azúcar en sus alimentos.	1	2	3
34. Evita el consumo excesivo de alcohol (más de 30 ml/d).	3	2	1
35. Mantiene su peso ideal o el recomendado.	3	2	1
CUIDADO EN EL SUEÑO	S	AV	N
36. Duerme por lo menos 4 horas seguidas en la noche.	3	2	1
37. Se levanta y se acuesta todos los días a la misma hora.	3	2	1
38. Consume una dieta liviana por las noches	3	2	1
39. Consume alcohol, tabaco, café cerca de la hora de dormir.	1	2	3
40. Antes de dormir. Lee, escucha música, ve películas agradables, medita o reza para favorecer su sueño.	3	2	1
41. Toma algún medicamento para dormir sin indicación médica.	1	2	3
CUIDADO CON LA MEMORIA	S	AV	N
42. Realiza algún ejercicio o alguna ayuda para mejorar su memoria como: intenta memorizar, visualizando los rostros de personajes de la TV, revistas o personas que han sido presentadas recientemente.	3	2	1
43. Cuando le presentan a una persona intenta recordar su nombre asociándolo con algo conocido.	3	2	1
44. Tiene un lugar fijo para colocar sus llaves, medicinas, dinero, etc.	3	2	1
45. Al acostarse visualiza a "modo de película" todo lo que ha realizado durante el día.	3	2	1
46. Le gusta comentar noticias o cosas que ha visto, leído, o escuchado.	3	2	1
47. Esta al día con las noticias o novedades.	3	2	1
CUIDADO CON LA ELIMINACION	S	AV	N
48. Va a orinar al levantarse, antes de acostarse y antes o después de las comidas.	3	2	1
49. Realiza ejercicios para mejorar su micción (como contraer los músculos alrededor del ano, manteniéndolos en tensión un momento (cuenta hasta diez y luego los relaja los músculos).	3	2	1
50. Consume todos los días bebidas como café, coca cola, te, alcohol, o bebidas con edulcorantes artificiales.	1	2	3
51. Mantiene un horario fijo para hacer su deposición.	3	2	1
52. Usa laxantes, enema o aceites sin indicación médica para favorecer la defecación	1	2	3
53. Consume diariamente frutas, jugos, verduras, frijoles, brócoli, pan integral, etc.	3	2	1

B. ASPECTO PSICOSOCIAL	S	AV	N
54. Se reúne con sus amigos/as, vecinos/as para conversar y pasar momentos agradables.	3	2	1
55. Realiza actividades sociales recreativas (paseos, fiestas, cumpleaños, visitas, juego de cartas, etc.).	3	2	1
56. Realiza actividades productivas (jardinería, pintura, carpintería, manualidades, etc.).	3	2	1
57. ¿Ha dejado de interesarle cosas y actividades que antes hacía?	1	2	3
58. Tiene deseos de seguir viviendo	3	2	1
59. Está satisfecho con su vida	3	2	1
60. Hace todo lo posible para adaptarse ante algo nuevo o cambio.	3	2	1
61. Acepta su vida con sus triunfos y fracasos.	3	2	1
62. Se enfrenta con valor y entusiasmo a los cambios y disminuciones que se presentan en la vejez.	3	2	1
63. Mantiene un buen sentido del humor, ríe, es optimista y vive con alegría.	3	2	1
64. Está insatisfecho o inconforme por la vida sexual que tiene ahora.	1	2	3
65. Expresa sus sentimientos de amor, alegría, cólera, pena, etc.	3	2	1
66. Se preocupa por mantener una buena apariencia personal (limpio/a, arreglado/a, etc)	3	2	1
67. Se mantiene interesado en aprender cosas nuevas.	3	2	1
68. Se siente valioso, útil, e importante a pesar de los cambios de su edad.	3	2	1
69. Tiene miedo a la muerte.	1	2	3
70. Cuando piensa en la muerte la acepta como algo natural de la vida.	3	2	1
71. Fortalece su espiritualidad y su fe meditando, orando o participando en su iglesia o grupo religioso.	3	2	1
C. ASPECTOS FAMILIARES			
72. Se reúne con sus familiares (pareja, hijos, nietos, hermanos, etc.) para conversar, aconsejar o disfrutar de su tiempo libre.	3	2	1
73. Transmite su experiencia, habilidades y talentos a sus familiares, amigos o a quien se lo pida.	3	2	1
74. Brinda muestras de cariño a sus familiares y amigos.	3	2	1
75. Se adapta ante la ausencia o pérdida de su pareja, hijos, familiares o amigos.	3	2	1
76. Acepta de buen agrado su nuevo rol dentro de su familia.	3	2	1
77. Permite que sus familiares u otras personas tomen decisiones por usted.	1	2	3
78. Permite que sus familiares u otras personas se burlen, le insulten o le falten el respeto.	1	2	3
79. Realiza actividades para ayudar a sus familiares, amigos o vecinos.	3	2	1



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Código

fecha----/-----/----

ANEXO 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto

Prácticas de Autocuidado de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017.

Investigador

Liliana Silvia Garay Illatopa

Introducción/propósito

El objetivo del estudio es determinar la existencia de las prácticas de autocuidado en las personas adultos mayores beneficiarios del Programa Pensión 65, con el propósito de incentivar a los adultos mayores a practicar el autocuidado de su salud para que se pueda repercutir positivamente en el bienestar de cada uno de los participantes del estudio, de la misma manera con los resultados del estudio se podrán elaborar estrategias encaminadas a la adopción de las prácticas de autocuidado para los adultos mayores.

Participación

Participaran los adultos mayores beneficiarios del Programa Pensión 65 pertenecientes al Centro Poblado de Andabamba.

Procedimientos

Se les aplicara una guía de entrevista de las características generales del adulto mayor y una escala de prácticas de autocuidado, el tiempo promedio para la ejecución es de aproximadamente 30 minutos, en caso que el adulto mayor se sienta cansado el encuestador deberá volver al día siguiente

Riesgo/incomodidades

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación no tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

Beneficios

El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir información oportuna y actualizada sobre las prácticas de autocuidado de las personas adultos mayores.

Alternativa

La participación en el estudio es voluntario. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad ni pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

Compensación

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo investigador responsable.

Confidencialidad de la investigación

Los datos que se obtengan a lo largo del presente estudio son totalmente confidenciales, de modo que solo se emplearán para cumplir los objetivos antes descritos. No se publicarán nombres de ningún adulto, así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

Problemas o preguntas

Escribir al correo: garay_illatopa151@udh.edu.peo comunicarse al Cel: 933220077

Consentimiento/Participación voluntaria

Acepto participar en el estudio: He leído o me ha sido leída la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente.

Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

Nombres y firma del participante y responsable de la investigación

Nombre y firma del participante (Huella digital)

Firma del responsable de la investigación

ANEXO 05
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: Prácticas de Autocuidado de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES															
<p>Problema General</p> <p>¿Cuáles son la prácticas de autocuidado de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama, Huánuco 2017?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Describir las prácticas de autocuidado de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama, Huánuco 2017.</p>	<p>Hipótesis descriptivas con componente analítico</p> <p>H0₁: Las prácticas de autocuidado no tienen relación con el grupo de edad de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.</p> <p>Ha₁: Las prácticas de autocuidado tienen relación con el grupo de edad de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.</p>	<table><tr><th>VARIABLE PRINCIPAL</th><th>DIMENSIONES</th><th>INDICADORES</th></tr><tr><td>Prácticas de autocuidado</td><td>Aspecto biológico</td><td>Autocuidado deficiente Autocuidado regular Autocuidado bueno</td></tr><tr><td>VARIABLES INTERVENIENTES</td><td rowspan="2">Aspecto psicosocial</td><td rowspan="2">Autocuidado deficiente Autocuidado regular Autocuidado bueno</td></tr><tr><td>Grupo de edad Genero Tenencia de conyugue Tenencia de algún grado de escolaridad Tenencia de ocupación</td></tr><tr><td></td><td>Aspecto familiar</td><td>Autocuidado deficiente Autocuidado regular Autocuidado bueno</td></tr></table>			VARIABLE PRINCIPAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Prácticas de autocuidado	Aspecto biológico	Autocuidado deficiente Autocuidado regular Autocuidado bueno	VARIABLES INTERVENIENTES	Aspecto psicosocial	Autocuidado deficiente Autocuidado regular Autocuidado bueno	Grupo de edad Genero Tenencia de conyugue Tenencia de algún grado de escolaridad Tenencia de ocupación		Aspecto familiar	Autocuidado deficiente Autocuidado regular Autocuidado bueno
VARIABLE PRINCIPAL	DIMENSIONES	INDICADORES																
Prácticas de autocuidado	Aspecto biológico	Autocuidado deficiente Autocuidado regular Autocuidado bueno																
VARIABLES INTERVENIENTES	Aspecto psicosocial	Autocuidado deficiente Autocuidado regular Autocuidado bueno																
Grupo de edad Genero Tenencia de conyugue Tenencia de algún grado de escolaridad Tenencia de ocupación																		
	Aspecto familiar	Autocuidado deficiente Autocuidado regular Autocuidado bueno																
<p>Problemas Específicos</p> <p>1. ¿Cuáles son las prácticas de autocuidado según grupo de edad de los adultos mayores beneficiarios del</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <p>1. Describir las prácticas de autocuidado según grupo de edad de los adultos mayores beneficiarios del</p>	<p>H0₂: Las prácticas de autocuidado no tienen relación con el género de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.</p> <p>Ha₂: Las prácticas de autocuidado tienen relación con el género de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.</p> <p>H0₃: Las prácticas de autocuidado</p>																

<p>programa pensión 65?</p> <p>2. ¿Cuáles son las prácticas de autocuidado según género de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65?</p> <p>3. ¿Cuáles son las prácticas de autocuidado según la tenencia de conyugue de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65?</p> <p>4. ¿Cuáles son las prácticas de autocuidado según la tenencia de algún grado de instrucción de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65?</p> <p>5. ¿Cuáles son las prácticas de</p>	<p>programa pensión 65</p> <p>2. Analizar las prácticas de autocuidado según género de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.</p> <p>3. Estudiar las prácticas de autocuidado según la tenencia de conyugue de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.</p> <p>4. Determinar las prácticas de autocuidado según la tenencia de algún grado de instrucción de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.</p> <p>5. Identificar las prácticas de autocuidado según la tenencia de ocupación de los adultos mayores beneficiarios</p>	<p>no tienen relación con la tenencia de conyugue de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.</p> <p>Ha₃: Las prácticas de autocuidado tienen relación con la tenencia de conyugue de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.</p> <p>H0₄: Las prácticas de autocuidado no guardan relación con la tenencia de algún grado de instrucción de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.</p> <p>Ha₄: Las prácticas de autocuidado guardan relación con la tenencia de algún grado de instrucción de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.</p> <p>H0₅: Las prácticas de autocuidado no guardan relación con la tenencia de ocupación de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.</p> <p>Ha₅: Las prácticas de autocuidado guardan relación con la tenencia de ocupación de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.</p>	
--	--	--	--

autocuidado según la tenencia de ocupación los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65?	del programa pensión 65.		
DISEÑO	POBLACIÓN	INSTRUMENTOS	
<p>Tipo de estudio: Observacional Por su finalidad: Prospectivo Por su medida: Transversal Por su objetivo: Descriptivo</p> <p>Diseño descriptivo simple con componente analítico</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p>Dónde: O = Adultos mayores X = Practicas de autocuidado Y1 = Grupo de edad Y2 = Genero Y3 = Tenencia de conyugue Y4 = Tenencia de algún grado de escolaridad Y5 = Tenencia de ocupación</p>	<p>Población: La población estará conformada por 120 adultos mayores empadronados en el programa Pensión 65, en la jurisdicción del distrito de Pillcomarca, Centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama según los datos obtenidos en el padrón de usuarios del año 2017.</p>	<p>Para la recolección de datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía de entrevista de las características generales de los adultos mayores (Anexo 01). • Escala de prácticas de autocuidado de LEITON (Anexo 02). 	